

LE SERVICE SOCIAL HOSPITALIER A ALGER

son Étude en Médecine Infantile
faite à la Clinique Médicale
et d'Hygiène Infantile de la Faculté

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine
présentée et soutenue publiquement le 21 Juin 1939
par

COMBE Paul

NÉ LE 13 MARS 1912 A BLIDA (ALGÉRIE)

JURY

MM. GILLOT, <i>Professeur de clinique médicale et hygiène infantile</i>	Président
CABANES, <i>Professeur de gynécologie</i>	} Juges
LOMBARD, <i>Professeur de chirurgie infantile et orthopédie</i>	
LEBON, <i>Professeur de clinique thérapeutique médicale</i>	

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1939 — N° 30

LE SERVICE SOCIAL HOSPITALIER A ALGER

son Étude en Médecine Infantile

faite à la Clinique Médicale
et d'Hygiène Infantile de la Faculté

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le 21 Juin 1939

par

COMBE Paul

NÉ LE 13 MARS 1912 A BLIDA (ALGÉRIE)

JURY

MM. GILLOT, <i>Professeur de clinique médicale et hygiène infantile</i>	Président
CABANES, <i>Professeur de gynécologie</i>	Juges
LOMBARD, <i>Professeur de chirurgie infantile et orthopédie</i>	
LEBON, <i>Professeur de clinique thérapeutique médicale</i>	

UNIVERSITE D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Doyen	MM. LEBLANC (*, **, I. ☼).
Doyen honoraire	HERAIL (*, I. ☼).
Assesseur	COSTANTINI (O. *, **, I. ☼).

PROFESSEURS

Clinique médicale	MM. AUBRY (O. *, **, I. ☼).
Clinique gynécologique	CABANES (*, **, I. ☼).
Clinique chirurgicale	COSTANTINI (O. *, **, I. ☼).
Botanique et matière médicale	FOURMENT (I. ☼, **, O. *).
Clinique médicale et hygiène infantile	GILLOT (I. ☼).
Médecine légale	GIRAUD (O. *, **, I. ☼).
Clinique obstétricale et puériculture du premier âge	LAFFONT (O. *, **, I. ☼).
Anatomie	LEBLANC (*, **, I. ☼).
Clinique thérapeutique médicale	LEBON (O. *, **, I. ☼).
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	LOMBARD (*, **, I. ☼).
Chimie biologique et médicale	GIBERTON (*, A. ☼).
Pharmacie	MUSSO (*, I. ☼).
Bactériologie	PINOY (*, I. ☼).
Clinique psychiatrique	POROT (I. ☼).
Physique médicale	PORTES (*, **, I. ☼).
Anatomie pathologique	MONTPELLIER (I. ☼).
Clinique des maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanées	RAYNAUD (*, **, I. ☼).
Parasitologie et zoologie médicale	SEVENET (**, I. ☼).
Physiologie	TOURNADE (O. *, **, I. ☼).
Hygiène, hydrologie et climatologie	BENHAMOU (*, **, A. ☼).
Chimie générale, pharmaceutique et toxicologie	WUNDSCHENDORFF (I. ☼).
Clinique ophtalmologique	TOULANT (*, **, I. ☼).
Histologie Embryologie	BENOIT (A. ☼).

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ARGAUD (*, **, I. ☼).	MM. HERAIL (*, I. ☼).
WEBER (*, **, I. ☼).	COURRIER (*, **, I. ☼).

PROFESSEURS SANS CHAIRE

M. HOUEL (*, **, I. ☼), agrégé perennisé (Obstétrique).	M. RIBET (**, I. ☼), agrégé perennisé (Anatomie).
---	---

CHARGÉ DE COURS

Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. ABOULKER (*, **, I. ☼).
---	----------------------------

AGREGES

Médecine	MM. N...
Histologie	N...
Chirurgie	N...
Accouchements	N...
Médecine	LACROIX (A. ☼).
	MOGGI (*, A. ☼).
	SABADINI.
	N...
	N...
	N...
	N...
Chirurgie	ROQUES (A. ☼).
	N...
	MONNET.

AGREGES LIBRES

Physiologie	BATTEZ.
Chirurgie	DUBOUCHER (I. ☼).
	FERRARI (I. ☼).

NOTA. — La faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je dédie cette thèse :

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A MON PERE

A MA FEMME

A MA FILLE MARIE-PAULE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549019_0029

A MES FRERES

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR V. GILLOT

*Professeur de Clinique médicale
et d'Hygiène infantile*

A MES JUGES :

MONSIEUR LE PROFESSEUR CABANES
Professeur de Clinique Gynécologique

MONSIEUR LE PROFESSEUR LOMBARD
*Professeur de Clinique chirurgicale
infantile et d'orthopédie*

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEBON
*Professeur de Clinique
thérapeutique médicale*

A MES MAITRES DE LA FACULTE

A MES MAITRES DES HOPITAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR SARROUY

Médecin des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR DENDALE

*Chef de la Clinique Médicale
et d'Hygiène Infantile de la Faculté*

A MES CONFERENCIERS DE L'EXTERNAT
ET DE L'INTERNAT

MADemoisELLE LE DoctEUR PAULE MARILL
MESSIEURS LES DoctEURS LAGROT, BARDENAT
TOREILLES, TAVERA, A. CURTILLET

A MES CAMARADES DE L'EXTERNAT
ET DE L'INTERNAT

Avant-Propos

Lorsque notre Maître, Monsieur le Professeur GILLOT, nous a proposé comme sujet de thèse : « l'étude du service social en médecine infantile, à Alger », il nous a semblé tout d'abord que c'était là une entreprise facile.

Ayant été son externe, puis par deux fois son interne, nous nous pensions suffisamment familiarisé avec les « cas sociaux » si souvent rencontrés au cours des visites pour en dresser un tableau correct et exact. Maintenant que nous avons écrit notre travail nous constatons combien grande a été notre inexpérience et partant, notre insuffisance en présence d'une situation très complexe.

Les difficultés que rencontre chaque jour l'Assistante sociale dans l'exercice de sa fonction sont souvent insurmontables. Elles tiennent surtout à la nature du milieu dont elle a la charge de s'occuper, mais aussi à l'indigence des secours qu'elle peut procurer.

Lorsqu'elle a réussi à convaincre, elle n'a pas toujours le moyen d'aider. Et cependant, quelle tâche immense s'offre à son dévouement !

Ce milieu qui est son champ d'action présente comme caractéristiques essentielles la diversité et la misère sous toutes leurs formes.

Il est, en France, plus socialement, plus économiquement, plus moralement homogène et stable.

En face, les organismes publics sont bridés par des préoccupations budgétaires, leurs ressources financières ne sont point en harmonie avec les charges

écrasantes que devrait représenter l'assistance. Il leur manque beaucoup de dispositions légales qui existent dans la Métropole, mais que l'on ne saurait introduire ici sans sérieuses adaptations, telles les Assurances sociales.

Pays jeune encore, et notamment en plein aménagement sanitaire, l'Algérie, on le comprend aisément, ne peut se comparer déjà à la France.

De plus, comme toutes les administrations, l'assistance publique se montre impuissante devant la détresse humaine lorsqu'elle n'est point codifiée, et que de fois c'est seulement par une attitude de vraie charité agissante que l'on peut efficacement secourir.

Les œuvres privées se sont multipliées dans ce but et font de louables efforts. En face de toutes les misères à atténuer il leur faut beaucoup de discernement car leurs moyens sont très limités.

Enfin, il nous semble que ceux qui appartiennent aux classes aisées se désintéressent personnellement un peu trop de leurs devoirs d'entr'aide humaine, chacun est trop préoccupé de ses propres affaires ; il y a un égoïsme de pays neuf.

Il paraîtra peut-être à certains que nous avons trop développé la première partie de ce travail, ce n'est pas sans quelques raisons.

Le service social n'est pas encore assez connu en Algérie et nous avons jugé bon de le présenter avec suffisamment de détails. Et puis si nous nous sommes assez étendu sur l'expérience métropolitaine, c'est pour montrer l'organisation et l'esprit d'une œuvre qui a fait ses preuves et que l'on s'efforce ici d'adapter.

Nous avons eu aussi l'intention en apportant la statistique d'une activité annuelle et le récit de quelques

réalisations de faire voir ce que peut rendre le service social à l'hôpital lorsqu'il dispose d'un tel clavier de ressources d'assistance.

Il nous est agréable de remercier ceux qui nous ont aidé : le Docteur DENDALE, Chef de Clinique, nous a prodigué de très éclairés conseils, Mlle BERTAUD, monitrice des Assistances sociales et Mlle de CHANCEL, assistante sociale du service, nous ont fourni les résultats de leur généreuse activité, notre ami, M. BALLAND, a été pour nos recherches statistiques un collaborateur précieux.

Mais surtout c'est à M. le Professeur GILLOT que va toute notre gratitude. Animé d'un esprit social très humain, et ému par le spectacle de toutes les misères observées sans cesse, il a noté depuis de longues années bien des histoires navrantes dans des cahiers personnels qui ont été la base de notre documentation ; nous nous sommes aussi souvenu de ses remarques exprimées au lit des malades et au cours de son enseignement oral.

Et tout autant qu'une vue d'ensemble sur une œuvre hospitalière d'assistance infantile ce travail a voulu être le témoignage d'affection de l'élève écrivant sur un sujet cher au Maître.

Plan

PREMIERE PARTIE

- I. LE SERVICE SOCIAL.
 - II. LE SERVICE SOCIAL A L'HOPITAL EN FRANCE.
-

DEUXIEME PARTIE

- I. LE SERVICE SOCIAL A L'HOPITAL A ALGER.
 - II. LE SERVICE SOCIAL DE LA CLINIQUE MEDICALE ET D'HYGIENE INFANTILE DE LA FACULTE.
 - Généralités.*
 - Composition du service.*
 - Le cadre social.*
 - Le milieu pathologique.*
 - Difficultés rencontrées par l'Assistante.*
 - Activité-Résultats.*
 - III. AMELIORATIONS A APPORTER.
-

CONCLUSIONS

PREMIERE PARTIE

CHAPITRE I

Le Service Social

DEFINITION ET BUTS

ESPRIT

PERSONNEL

Le Service Social

DEFINITION ET BUTS.

Le service social à l'Hôpital n'est qu'un des aspects d'une très vaste entreprise dont le but est de lutter contre les misères physiques, morales, sociales des individus et des collectivités ; cette entreprise s'est tout naturellement intitulée : Service Social.

Appelée à soulager les souffrances provenant du dénuement et de la maladie, à replacer chacun et chacun avec sa famille dans une ambiance normale d'existence, à prévenir les risques de contamination et de déchéance, à améliorer les conditions sociales pour élever le niveau de la vie (SAND), on la voit très agissante dans de nombreux domaines : près des malades, dans les dispensaires, crèches et hôpitaux, dans tous les organismes de prophylaxie et de protection, tels que les offices d'hygiène sociale, à l'école, dans les usines, dans le jeu des caisses de compensation et d'assurances sociales, à l'office public des habitations à bon marché, auprès des tribunaux d'enfants et même auprès des services de police.

Le champ d'action est donc très étendu et, selon le milieu où elle s'exerce, les femmes et les jeunes filles qui sont les ouvrières de ce service social s'appellent : infirmières hospitalières (1), infirmières visiteuses, assistantes du service social à l'hôpital, assistantes scolaires, surintendantes d'usines, résidentes

(1) Il vaudrait mieux, selon l'opinion du professeur agrégé Pierre JOANNON, appeler « soignantes » ces infirmières car beaucoup d'entre elles n'exercent pas leur profession dans un hôpital.

sociales, assistantes sociales rurales, assistantes sociales auprès des tribunaux d'enfants, inspectrices sociales de police...

Mais quelle que soit la spécialisation de l'activité, le but est toujours le même et, comme le définit Mme KREBS-JAPY dans sa thèse, « le Service Social est une tentative pratique pour réaliser l'entr'aide humaine dans les conditions complexes des sociétés modernes ».

Ce souci de solidarité n'est point nouveau et le Samaritain de l'Evangile se penchant sur l'inconnu gisant sur le bord du chemin, blessé et dépouillé par les voleurs, faisait du service social.

Ce souci n'est point et ne doit pas être du ressort exclusif de telle ou telle organisation. Tout homme qui s'occupe d'un autre homme fait du service social (SUZANNE CORDELIER).

Cependant, il a toujours été bon et pour notre époque il est indispensable que les efforts soient groupés pour qu'ils soient productifs.

St-Vincent de Paul l'avait bien compris lorsqu'en 1617 il fonda l'institution des Filles de la Charité, et tous ceux qui étudient le Service Social contemporain se plaisent à reconnaître qu'il doit en être authentiquement reconnu comme le précurseur aussi bien dans son esprit et ses méthodes, que dans ses résultats.

Aujourd'hui encore son influence se perpétue non seulement par le dévouement aux malades, aux orphelins, aux enfants assistés, aux vieillards, des Sœurs de son institution, mais encore par l'action si discrète et si bienfaisante des membres des sociétés se réclamant de son patronage et que nous voyons, notamment dans les hôpitaux d'Alger, reconforter ceux qui souffrent, se préoccuper de leur situation matérielle et morale.

Le cas d'une prostituée, arrachée de haute lutte à son milieu et rendue à une vie normale, nous revient en mémoire.

Mais, si admirable que soit l'exemple de ces hommes qui, en dehors de leurs occupations habituelles, se dévouent ainsi, ou celui des philanthropes isolés ou groupés, le résultat ne peut être que très parcellaire.

L'Assistante doit atteindre le plus grand nombre possible d'individus nécessitant et les difficultés d'ordre général ou d'ordre particulier qu'elle entraîne pour sa réalisation efficace, exigent qu'elle soit confiée à des organismes spécialisés fonctionnant constamment ; c'est là une nécessité provenant de la structure si compliquée de la société moderne, c'est aussi l'esprit de cette société de créer sans cesse des organismes.

L'armement social (1) se poursuit sans trêve et multiplie ses objectifs (2). Il vise non seulement à secourir mais encore à protéger.

Le Service Social dont nous avons plus haut énuméré les zones d'action actuelles, utilise judicieusement les moyens de cet armement et s'exerce dans deux sens : l'un médico-social confié à des infirmières de dénominations diverses, l'autre social pur où travaillent des Assistantes Sociales de spécialisation plus ou moins poussée. Il est bien évident que dans de

(1) Le groupement de toutes les œuvres d'assistance est de plus en plus appelé « armement social », dénomination qui veut montrer les caractères modernes, agressif et préventif, de la lutte contre la maladie et les misères sociales.

(2) Il comporte les lois, les règlements et la protection du travail, les mesures privées ou publiques d'assistance, de prévoyance, le chômage, la vieillesse, les institutions officielles et œuvres privées de bienfaisance, les centres hospitaliers, les dispensaires, les offices d'hygiène et de médecine préventive, les habitations à bon marché, etc...

nombreuses circonstances ces deux catégories d'ouvrières sociales ont des points de contact et se complètent.

SON ESPRIT.

Il procède avec un esprit bien spécial, fait de justice et de charité, de soutien et de collaboration.

Il sait exiger ce qui est dû légalement aux déshérités, il les guide dans les démarches à faire, qu'ils ignorent souvent ou qu'ils craignent d'accomplir, mais aussi il sait se pencher sur eux avec affection, comprendre et panser leurs détresses.

Il s'adresse non seulement aux indigents, mais à tous ceux dont la vie n'est pas normale, à quelque classe sociale qu'ils appartiennent.

Ce qu'il donne n'est pas une aumône aveugle, mais une assistance raisonnée, informée ; ce n'est pas un secours accidentel et insuffisant, mais un remède efficace.

Il veut qu'en suivant ses conseils, qu'en profitant même de secours matériels passagers, qu'étant soutenu moralement par quelqu'un qui l'a compris, le blesé de la vie réalise beaucoup par lui-même son propre sauvetage, y prenne une part active. Il ne s'agit pas que celui-ci soit simplement un véritable abonné, parasite de telle ou telle œuvre, souvent de plusieurs.

L'action entreprise ne s'adresse pas seulement à l'individu, mais à sa famille si souvent troublée dans son unité, dans son harmonie. C'est elle, souvent, qu'il faudra reconstruire. « La famille est à la fois l'objet et la base d'appui du Service Social » (Abbé VIOLLET) (1).

(1) Fondateur de l'école du Service Social, appelée « Ecole sociale d'action familiale » et directeur des œuvres dites du Moulin-Vert.

Pour arriver au résultat souhaité, le Service Social fait appel à la collaboration. Dans chaque cas qui l'intéresse, il se sert pour avoir un résultat de toutes les ressources que précisément l'armement social met à la disposition des individus ; il est ainsi un agent de liaison entre les œuvres, tant publiques que privées. Loin de les absorber, il les développe et les unit.

SAND résume très bien cet esprit du Service Social lorsqu'il écrit : « il cherche moins à blâmer ou à plaindre qu'à comprendre, à discipliner qu'à éduquer, à ordonner qu'à collaborer ».

Ce même auteur montre dans son livre *Le Service Social à travers le Monde*, comment chaque pays l'organise suivant ses propres tendances. (1)

Des conférences internationales se sont déjà tenues.

Paris fut le siège de la première en 1923. La troisième eut lieu à Londres du 12 au 17 juillet 1936, elle réunit deux mille congressistes appartenant à 25 nations. « En accueillant toutes les tendances, en faisant appel à toutes les spécialités de l'action sociale, elles contribuent grandement par leurs études, leurs discussions, à dégager les méthodes, les directives propres à coordonner l'action et à orienter plus logiquement les efforts » (PARISOT).

Enfin rappelons qu'à la Faculté de Médecine de Paris a été créée en 1937 une chaire d'Assistance médico-sociale dont le premier titulaire a été le Professeur CROUZON.

(1) En Angleterre les œuvres privées sont plus développées que les œuvres publiques, mais il y a entre elles des liens étroits de coordination.
En Allemagne l'assistance est généralisée et très centralisée.
Aux Etats-Unis elle est très spécialisée, individualisée. L'on a été jusqu'à créer des visiteuses d'économie domestiques. Ainsi chaque foyer peut recevoir ou subir les secours d'une succession d'assistantes, chacune ayant une tâche bien déterminée.

SON PERSONNEL.

Il est bien évident qu'il faut pour l'accomplissement d'une telle tâche un personnel préparé. Cette technicité nécessaire est acquise dans des écoles spéciales, écoles reconnues administrativement et dont le programme d'études est établi suivant des décisions ministérielles. Ces écoles doivent être divisées en deux catégories suivant qu'elles préparent au diplôme d'infirmière visiteuse ou qu'elles forment les assistantes sociales.

7 Ecoles à Paris et 21 en province donnent l'enseignement para-médical destiné aux premières.

6 Ecoles parisiennes et 4 écoles provinciales (1) forment les secondes. (2)

Un arrêté récent en date du 7 décembre 1938 de M. Marc RUCART, Ministre de la Santé Publique, éta-

-
- (1) Ecole normale sociale, Ecole pratique du service social, Ecole de l'association des surintendantes, Ecole d'action sociale, Ecole sociale d'action familiale, Institut social et familial, Ecole de formation sociale de Strasbourg, Ecole du service social de Lille, Ecole du service social du Sud-Est, Ecole de Nice.
 - (2) Le diplôme d'assistante sociale s'obtient en deux étapes. Les élèves font d'abord deux ans d'études théoriques et pratiques. Le programme est classé en cinq chapitres :
 1. Le cadre de la vie sociale (notions de sociologie, de droit...)
 2. La vie économique et ses troubles.
 3. La vie physique et ses troubles.
 4. La vie mentale et morale et ses troubles.
 5. Le service social et son fonctionnement.

Puis sous le nom d'assistantes stagiaires du service social, elles accomplissent une période probatoire de deux ans et sous la responsabilité de leur école exercent une activité de service social professionnelle et régulière dans les cadres d'œuvres ou institutions de ce service. Elles fournissent alors un mémoire, une « thèse », le commentent oralement et répondent éventuellement aux interrogations du jury.

Elles reçoivent alors le titre d'Assistante du Service Social diplômée de l'Etat français, délivré par le Ministère de la Santé publique.

bit pour ces deux catégories d'écoles un programme commun à voir durant la première année d'études et portant sur les problèmes de l'habitation, de l'alimentation, de la contagion, de l'hygiène et de la prophylaxie, de la mortalité infantile... ainsi que sur les notions sommaires concernant la législation d'assistance. Puis pendant une autre année pour les infirmières visiteuses et pendant deux autres pour les assistantes sociales, les cours et exercices pratiques sont organisés selon la spécialisation choisie. Diverses modalités sont, en outre, indiquées qui permettent, un premier diplôme ayant été acquis, d'obtenir l'autre dans un minimum de temps.

Les écoles agréées sont invitées à s'adapter le plus rapidement possible à ces nouvelles directives.

Mais à côté de cette formation technique, la « travailleuse sociale » doit posséder tout un ensemble de qualités. Observation, réflexion, jugement sûr, largeur d'idées, activité, allant, optimisme, franchise, tact et discrétion sont à la base de la bonne conduite ses enquêtes.

Sa psychologie doit être sans cesse en éveil pour saisir le fonds mental et moral de son client et de son entourage. L'esprit d'initiative qui lui est nécessaire et qu'il lui faut avoir souvent à un très haut degré ne doit pas lui faire perdre le sens de la collaboration. Il n'est point besoin d'insister sur la valeur morale qu'elle doit présenter, son action ayant une valeur éducative. Toutes les écoles d'ailleurs y veillent lors de l'admission de leurs élèves et s'efforcent dans le cours des études de la développer plus encore.

Enfin, comme le soulignait le pasteur Paul DOMMERGUE (1), « le service social n'est pas un métier :

(1) Fondateur de l'Ecole pratique du service social.

il est devenu une profession, mais il reste avant tout une vocation ».

Il n'est pour s'en convaincre que de voir agir ces femmes et ces jeunes filles qui en ont fait leur carrière. Emportées par leur zèle — la seule chose que l'on puisse parfois leurs reprocher — elles ne parlent bientôt plus que de « leurs » familles, de « leur » consultation, de « leurs » dispensaires — les surintendantes doivent dire « leur » usine. — Est-ce un reproche à leur faire ? Certes oui, lorsque cela les amène à perdre le contact étroit avec le corps médical et la subordination absolue vis-à-vis de lui, mais non, bien sûr, lorsque ces mots leur viennent dans des élans d'affection et de légitime fierté ; le médecin n'a pas à prendre ombrage de ses plus dévouées et nécessaires collaboratrices.

A ce propos, il nous paraît intéressant de rappeler quelques-uns des avertissements que St-Vincent de Paul donnait à ses religieuses, lointaines devancières des assistantes sociales actuelles (1) :

« Vous devez agir avec respect et obéissance à l'égard de MM. les médecins, vous gardant bien, mes Filles, de trouver à redire à leurs ordonnances, que vous devrez remplir avec exactitude et sans jamais vous permettre de faire les médecines selon votre manière de voir, mais y mettre ponctuellement ce qu'ils vous ont donné, tant pour la dose que pour les drogues, parce que quelquefois il n'y va rien moins que de la vie des personnes. Respectez MM. les médecins, ils sont au-dessus de vous et plus éclairés que vous... Pourquoi vous autres, mes Filles, sous prétexte qu'ils vous sont familiers, qu'ils vous parlent libre-

(1) Rapporté par Mlle Juliette LEFÈVRE et le Docteur René SAND dans leur introduction à l'ouvrage de Miss GARDNER : « L'infirmière visiteuse ».

ment, ne leur porteriez-vous pas l'honneur et le respect que vous leur devez ? Il n'y a que l'ignorance qui peut vous empêcher de connaître pourquoi ils suivent plusieurs méthodes dans le traitement des maladies qui semblent être les mêmes.»

Une œuvre, comme le Service Social, conçue dans un tel esprit, orientée vers un but si pratique, assumé du plus grand dévouement avait sa place à l'hôpital. Là, en raison de toutes les misères physiques, morales et sociales qui voisinent, elle devait atteindre le maximum de sa capacité de rendement. Sa nature médicale et son rôle social quelquefois isolés dans certaines de ses activités, se trouvaient étroitement et nécessairement associés.

En France le Service Social à l'hôpital a magnifiquement réussi.

CHAPITRE II

Le Service Social à l'Hôpital en France

1°. — A PARIS.

HISTORIQUE

ORGANISATION

BUTS ET PRINCIPES

TECHNIQUE DE TRAVAIL

RESULTATS

2°. — En PROVINCE.

Le Service Social à l'Hôpital en France

1°. — A PARIS

HISTORIQUE.

La première tentative d'établissement du service social à l'hôpital en France fut réalisée en mars 1914 dans le service du Professeur MARFAN. Quatre mois auparavant Madame le Docteur NAGEOTTE-WILBOUCHEWITCH avait présenté à la Société de Pédiatrie un travail sur une œuvre médico-sociale organisée au Massachusetts's Général Hospital, de Boston, depuis huit ans par le Docteur Richard CABOT. Les résultats obtenus frappèrent beaucoup les auditeurs. CABOT n'avait fait d'ailleurs que reprendre et adapter l'idée conçue par GRANCHER dans l'orientation de la lutte contre la tuberculose et dont CALMETTE avait commencé la réalisation pratique lorsqu'il fonda à Lille en 1901 le dispensaire anti-tuberculeux « Emile Roux », dit d'hygiène sociale.

Le médecin américain s'était demandé dans son « *essai de médecine sociale* » si toute la peine, toute la science, toutes les sommes dépensées sans compter avaient dans les hôpitaux le rendement que tout cela valait. Au médecin manquent de nombreux renseignements concernant les conditions de vie dont certaines peuvent aider beaucoup le diagnostic et que le malade donne d'une manière incomplète ou cache. Souvent celui-ci n'est connu que sous un numéro ; quittant l'hôpital, il ne peut suivre les conseils ou continuer un traitement faute de compréhension, de moyens, parfois il faudrait qu'il soit suivi. S'il est

nécessaire de dire à des parents de changer de climat un enfant anémique, de faire abandonner un métier, il n'est pas toujours facile pour les intéressés d'exécuter ces avis. Dans l'immense majorité des cas, dès l'hôpital quitté, le contact est rompu entre le médecin et le malade. Enfin la situation familiale et matérielle de ce malade a pu être gravement compromise pendant sa maladie, ou le sera du fait de cette maladie, et de cela personne ne s'occupe.

Ainsi l'hôpital présente des inconvénients, « si privilégié que le malade soit du point de vue scientifique, il se trouve en infériorité à l'égard de l'ancien et traditionnel médecin de famille ». (1)

Partant de ses constatations, CABOT a imaginé et réalisé la « Social Worker », l'Assistante sociale. Ses débuts furent bien modestes et, comme le rapporte Madeleine CAUCHOIS dans sa thèse, « l'unique assistante sociale travaillait dans un bout de couloir cédé comme à regret ».

Mais l'extension fut extrêmement rapide lorsque les résultats se montrèrent probants.

Nous n'avons pas de chiffres récents, nous savons seulement qu'en 1921, 286 hôpitaux des Etats-Unis étaient pourvus d'un service social ; en fouillant la bibliographie nous avons constaté que la plupart des travaux publiés sont d'origine américaine et que, comme il se doit Outre-Atlantique, existent de nombreuses associations, se tiennent d'importants congrès et paraissent de volumineux périodiques.

La tentative de MAFRAN aidé d'un comité privé animé par Mme GETTING qui depuis est restée l'infatiga-

(1) Celui-ci par la poussée moderne cède de plus en plus le pas, bien à regret, au médecin de dispensaire ou d'hôpital, à peine entrevu, si énigmatique et si impressionnant avec son entourage en tenue blanche et qui ne peut plus être que très difficilement le confident et l'ami.

ble pionnière du service social à l'hôpital, fut bientôt mise en sommeil par la guerre mais les traits de l'œuvre étaient esquissés. La Croix-Rouge américaine put l'installer dans bon nombre d'autres services en apportant la technique d'une expérience déjà suffisante. Après son départ les efforts furent plus ou moins bien soutenus et maintenus et il faut arriver en 1921 pour voir se réaliser une organisation rationnelle.

ORGANISATION.

C'est une œuvre privée, autonome, fonctionnant dans les hôpitaux de l'Assistance publique sous le patronage du ministère de la Santé Publique et reconnue d'utilité publique par décret du 4 juillet 1922. Son siège social est à Paris, 44, rue de Lisbonne, elle veut doter chaque service parisien d'une Assistante sociale qualifiée et rémunérée.

Elle comprend un comité d'honneur, un comité général — dont le Président est le Directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris — et un comité de propagande, et est actuellement divisée en sept sections :

Maternité, médecine infantile, tuberculose, médecine générale, dermato-syphiligraphie, chirurgie, bibliothèque.

En 1938, le service social était assuré dans 128 services par 170 Assistantes (1). En 1921, il ne fonctionnait que dans 13 services et employait 23 Assistantes ; en 1923 dans 87 services avec 116 Assistantes.

Le Comité Général dirige l'œuvre entière et en administre les finances. Mais les diverses sections conservent au point de vue de l'organisation du travail

(1) Ces chiffres et ceux qui vont suivre ont été recueillis dans le procès-verbal de la 16^e Assemblée générale tenue à Paris le 28 février 1938.

une autonomie rendue indispensable par la diversité des problèmes que pose chaque spécialité et chacune d'elles a son conseil d'administration.

L'œuvre est subventionnée par l'Assistance Publique, par la Ville, le Département et l'Etat, elle a d'autre part ses ressources propres, cotisations, dons et legs.

Le budget de l'exercice 1937 a été le suivant :

Recettes		3.146.829 fr. 63
Dépenses		3.052.816 fr. 80

Celui établi pour l'exercice 1938 prévoyait un déficit de plus de 100.000 francs, c'est que certaines subventions étaient toujours attendues, d'autres avaient été diminuées, enfin le développement sans cesse croissant du service social grossit chaque année le chiffre des dépenses. Une assistante sociale coûte environ 20.000 frs par an. Aussi Mme GETTING, préoccupée de ces conditions matérielles se trouvait contrainte de dire dans le rapport moral de l'Assemblée Générale en 1938 : « Nous serons obligés de fermer 10 à 15 services si les choses ne se rétablissent pas, comme nous l'espérons ».

BUTS ET PRINCIPES.

Et pourtant l'utilité d'une telle œuvre ne fait que s'imposer.

Les divers buts poursuivis par le Service Social à l'hôpital sont ainsi formulés :

- 1° Découvrir toutes les causes sociales que le médecin peut ignorer qui entretiennent ou aggravent la maladie ;
- 2° Résoudre toutes les difficultés morales et matérielles qui s'opposent au traitement ;
- 3° Aiguiller les malades sous la direction médicale sur les services dont ils relèvent ;

- 4° Faire agir simultanément toutes les œuvres qui peuvent venir en aide à la famille ;
- 5° Prolonger au-delà de l'hôpital l'influence médicale afin d'éviter une récurrence de la maladie et ramener aux consultations les malades qui seraient tentés d'abandonner leur traitement ;
- 6° Remettre le malade en état de suffire à lui-même ;
- 7° Contribuer à la prévention des maladies et à la conservation de la santé.

Ainsi il doit vaincre tous les obstacles d'ordre moral, social, familial ou économique que rencontre la bonne exécution des prescriptions et avis du médecin.

« Une maman acceptera volontiers de prolonger son séjour à l'hôpital aussi longtemps qu'on le juge indispensable si l'assistante sociale peut la rassurer sur le sort de son ménage, si elle sait que les enfants vont bien, qu'ils ne manquent pas l'école, qu'ils sont envoyés en colonie de vacances. Un père malade consentira à subir telle opération grave suivie d'une longue convalescence, s'il apprend que l'assistante sociale est intervenu auprès de ses patrons pour lui conserver son emploi jusqu'à la guérison, ou qu'elle a trouvé un travail rémunérateur pour son fils aîné. »
(RIST)

Cette même Assistante, se rendra compte que dans beaucoup de cas les malades ne retireront aucun bénéfice de la consultation ou du séjour à l'hôpital, si l'on ne modifie pas l'hygiène du foyer, les conditions du travail, d'alimentation, de vie émotionnelle, si l'on ne réorganise pas quelquefois leur existence sur des bases entièrement nouvelles.

C'est alors qu'elle devient l'agent de liaison entre toutes les œuvres, elle n'en concurrence aucune, elle s'efforce de toutes les utiliser et de coupler leur action dans le sens qu'il faut.

Comme le dit très justement LOUSTE : « Le médecin seul, quels que soient son dévouement, sa volonté, surtout à l'hôpital reste dans un cadre trop médical ;

Les œuvres privées, les lois sociales, créées avec les idées généreuses et vraies, présentent des réalisations souvent infrutueuses parce qu'elles n'ont pas l'expérience médicale ; le prolongement de l'action médicale, sa réalisation dans la famille, son retentissement dans la société doivent être l'œuvre du Service Social à l'hôpital ».

Il y a aussi un argument économique qui milite en faveur de son développement et auquel l'on doit être sensible.

« Instrument simple et pratique, il est conçu pour améliorer le rendement économique et social du travail hospitalier et pour rendre aussi productives que possible les dépenses que s'imposent les collectivités en vue d'entretenir leurs hôpitaux. » (RIST)

En secours obtenus, en aide intelligente et humaine, en récupération de vies et de santé, en économies de journées d'hôpital, en gains de journées de travail, une Assistante sociale rapporte infiniment plus que les 20.000 francs qu'elle coûte annuellement.

TECHNIQUE DE TRAVAIL.

L'exercice du service social à l'hôpital exige des connaissances à la fois d'ordre médical et d'ordre social.

Sans doute ses ouvrières ne sont pas des infirmières soignantes, mais il leur faut avoir des connaissances d'infirmière pour mieux comprendre les directives du médecin, pour mieux conduire leurs enquêtes et apporter ainsi des indications utiles, enfin pour orienter leur action. Se basant sur l'expérience parisienne, Mme GETTING pense qu'elles devraient tou-

tes avoir accompli les études des infirmières-visiteuses. D'ailleurs les assistantes sociales hospitalières sont pour la plupart recueillies parmi ces dernières. Beaucoup ont suivi aussi les cours des écoles d'Assistante sociale, il est heureux qu'il en soit ainsi mais il n'est pas obligatoire qu'elles aient ce diplôme.

Les connaissances sociales dont elles auront besoin seront surtout acquises par la pratique. Ce qu'il leur faut avant tout c'est bien connaître les œuvres existantes et avoir le sens de la collaboration. —

CABOT, ne partage pas cette opinion et veut une formation sociale très poussée en raison du travail social à accomplir. Il serait donc plus exact, en France, de qualifier ce personnel du nom d'Assistante médico-sociale et non de celui d'Assistante sociale tout court. L'identité de la formation n'a pas encore été réalisée, mais ainsi que nous le répétons l'expérience a montré qu'il faut plutôt appuyer du côté médical.

« La règle est bonne, fondée sur le bon sens, éprouvée par l'usage » (Mme GETTING).

Si le président du comité général du service social à l'hôpital est le Directeur de l'Assistance Publique, cette œuvre ne fait pas partie intégrante de cette Administration. Elle est autonome ; la souplesse que demande son service ne pourrait s'accomoder avec la rigidité inévitable des règlements administratifs, il est là impossible de faire un travail « à l'heure ».

Dans le service où elle est affectée, l'Assistante sociale dispose d'un petit bureau où elle range ses cahiers, remplit ses fiches, fait une partie de sa correspondance, reçoit ceux qu'elle a convoqués ou qui viennent à elle.

A la consultation ou en salle elle demande tous les renseignements susceptibles d'être utiles au médecin. Elle les lui transmet au cours de la visite des malades.

Plusieurs chefs de service demandent à l'Assistante de compléter devant les étudiants par une observation sociale, l'observation médicale lue par l'interne ou l'externe ; cela nous paraît exagéré et trop spectaculaire. Il suffit qu'elle assiste à la visite pour être à même de donner aussitôt les renseignements nécessaires et recueillir les directives de l'action à entreprendre.

L'après-midi elle se rend au domicile des malades, entre en contact avec leurs familles, fait ses enquêtes et tente auprès des œuvres privées ou des administrations publiques les démarches souvent nombreuses que demande la solution de chaque problème médico-social. C'est à elle de savoir les grouper, de connaître et d'étudier la marche à suivre pour ne pas se dépenser inutilement et tout faire sans préjudice pour sa santé, elle a besoin de ménager ses forces.

Il lui arrive souvent de rencontrer sur le chemin de son action une autre assistante, hospitalière ou d'autre spécialisation, il est bien évident qu'alors elle doit se concerter avec elle, lui « passer » parfois son client, c'est une question de cas particulier.

L'essentiel est d'obtenir des résultats utiles. Une famille visitée par diverses assistantes ou infirmières se succédant en s'ignorant pourrait à bon droit juger cette succession irritante.

Les Assistantes sociales hospitalières se réunissent d'ailleurs très régulièrement ; ensemble elles étudient les difficultés qu'elles rencontrent, et reçoivent les directives de leurs monitrices qui ne cessent de poursuivre leur formation.

Par ces contacts fréquents, elles gardent et développent en elles cet esprit si totalement humain du service social, ensemble elles se réjouissent des résultats qui entretiennent l'émulation et fortifient leur vo-

lonté d'action que les déceptions de toutes sortes ne doivent pas ébranler.

Mme GETTING se plaît à reconnaître que malgré l'accroissement du nombre, le désir de dévouement reste toujours le même, l'esprit n'a point changé.

LES RESULTATS.

Les bienfaits qui découlent du travail des Assistantes sociales dans les services hospitaliers sont unanimement reconnus par tous les médecins qui les ont accueillies et ont compris leur rôle. Au début, cependant, certains se sont mépris sur cette présence auprès d'eux et, exploitant un concours aussi respectueux que prêt à aider sans réserves, en ont fait de simples secrétaires. Cette erreur ne subsiste aujourd'hui que très exceptionnellement. Et c'est, au contraire souvent que, très doués de sens social i's élargissent eux-mêmes l'horizon de leurs Assistantes en leur signalant des problèmes auxquels elles n'ont point songé ; cette collaboration confiante, stimulée réciproquement, accroît le rendement dans des proportions insoupçonnées. A ce sujet, nous pensons devoir insister sur un point : bien que dépendant d'une organisation qui la fournit au chef de service, qui l'appointe et qui continue à la former, l'Assistante sociale doit être dans l'exercice de sa mission entièrement sous les directives de ce chef de service, c'est à lui seul qu'il doit appartenir de décider du sens de son action.

Les résultats sont très multiples et répondent largement à tous les buts déjà exposés :

— Le malade et sa famille par l'aide effective et dirigée qu'ils reçoivent,

— Le médecin par l'information exacte qui lui est apportée,

—La société par la prévention sanitaire qui lui est assurée,

— Les Pouvoirs publics par l'économie très sensible des hospitalisations évitées et des soins correctement appliqués

en sont les bénéficiaires.

Voici le tableau des statistiques du fonctionnement de l'œuvre à Paris au cours de l'année 1937 :

Cas inscrits au S.S.H.	55.612	»
Visites à domiciles	64.086	»
Démarches	36.769	»
Placements de femmes enceintes	630	»
— — après couches .	1.230	»
— — pour travailler	269	»
— dont avec enfant	131	»
Enquêtes A.P. et loi Strauss	3.187	»
Placements enfants	10.006	»
— enfants sains	2.570	»
— enfants malades	6.127	»
— nourrissons	1.309	»
Personnes amenées à la consultation de dermatologie	3.322	»
dont mises au traitement	1.775	»
Malades irréguliers reprenant le traitement	6.922	»
Abandons conjurés (1)	89	»
Réconciliations	66	»
Mariages	33	»
Améliorations du logement	216	»

(1) Un enfant abandonné recueilli par l'Assistance publique coûte à celle-ci environ 30.000 francs jusqu'à sa majorité. Il est aisé de se rendre compte de l'économie réalisée par l'Etat grâce à l'action du service social à l'hôpital dans ce seul domaine.

(2) Office public d'hygiène sociale.

Isolements de contagieux	1.325	»
Travail à domicile	386	»
Consultations juridiques	389	»
Demi-tarifs	1.283	»
Soins à domicile	1.256	»
Retours à la campagne	121	»
Rapatriements	167	»
Régularisations de dossiers	4.444	»
Secours espèces	643.895	80
Malades signalés au Fichier Central ...	5.626	»
— — Fichier Médical ..	14.179	»
— — à l'O.P.H.S. (1) ..	5.578	»
— — à la Ligue Cancer	182	»
— — à l'O.P.M.E.S.	44.974	»
Dépistages	2.647	»
Malades aiguillés sur les services méd. .	16.516	»
Liaisons entre services sociaux S.S.H. ..	26.552	»
— avec les autres services soc. ..	25.713	»
Visites d'Inspection dans les Services ..	1.752	»
Liaisons avec l'A.P.	87	»
— O.P.H.S.	50	»
Réunions Générales	5	»
— hebdomadaires des A.S.	145	»
— du Comité Directeur	89	»
— des différents Comités	16	»
Assemblée Générale	1	»
Stagiaires réparties dans les Services ..	200	»
Lettres reçues au siège de l'Œuvre	1.070	»
Convocations envoyées et lettres	5.430	»
Médicaments	3.909	»

Mieux que de longs commentaires ces chiffres montrent sous la diversité des rubriques tout ce que rend le service social à l'hôpital mais ils ne peuvent ex-

(1) Office public d'hygiène sociale.

primer tout ce que chacun d'eux renferme de démarches, d'aide attentive et dévouée, pour arriver au résultat.

Aussi nous pensons intéressant de rapporter parmi tant d'autres les trois réalisations suivantes :

TROISIER, secrétaire général du service social à l'hôpital, fait en ces termes au cours de la seizième assemblée générale du 26 février 1938 le récit du cas social suivant :

I.

« Ecoutez l'histoire de Marthe et de Raymond, une histoire d'amour qui a failli couler dans l'abjection. Marthe, à 17 ans, s'enthousiasme pour Raymond ; ses parents résistent : elle s'enfuit à Paris, elle travaille comme dactylo ; son fiancé la rejoint, un enfant ne tarde pas à venir au monde. Mais le travail est dur, bientôt il manque, les ressources disparaissent. Pour tous deux, c'est l'heure de la tentation : Raymond est condamné comme recéleur à huit mois de prison ; on avait trouvé chez lui des appareils de T.S.F. volés. Marthe, entre temps, est arrêtée sur la voie publique. Le désastre, semble-t-il ! Eh ! bien, non, se dit quand même l'Assistante, malgré tous les déboires qu'elle a souvent en pareil cas ! Non, se dit-elle, sur la mine sympathique de la malheureuse qui l'implore.

Elle veut essayer le sauvetage. C'est la solution familiale qui lui paraît la seule possible. Des amis du service social vont, en province, frapper à la porte des vieux parents, ravinés par le chagrin : ils finissent par accepter de venir à Paris pour la sauvegarde des deux jeunes gens. Tout sera pardonné, s'ils veulent travailler. Ils travaillent : elle, à l'Office de Protection de l'Enfance, lui, comme ouvrier dans une teinturerie. Ils sont sauvés. Ils le croient du moins. Nouvelle arrestation : Raymond n'a pas payé les frais de justice. Prison pendant dix jours. Le patron ne veut plus le reprendre. Intervention pressante du service social, les frais de justice sont réduits ; le patron se laisse fléchir. Raymond rentre à l'usine et, comme dans les romans, tout finit par un mariage. C'est le salut définitif. Marthe attend un second bébé, le ménage s'installe dans un appartement plus

Le Service Social à l'Hôpital à Alger

HISTORIQUE.

Nous empruntons au Docteur LEMAIRE, secrétaire général de l'Office algérien de médecine préventive et d'hygiène, l'historique de ce service social établi à Alger.

Il a été timidement introduit à l'hôpital de Mustapha en 1929 avec la création de deux emplois d'assistantes affectées, l'une au service de la clinique chirurgicale infantile, l'autre au service de la clinique chirurgicale. Leur rétribution a été assurée dès le début par l'office ci-dessus désigné, œuvre privée (1), fondée par le Dr Lucien RAYNAUD, présidée actuellement par Marcel DUCLOS, délégué financier.

En 1935, l'office confie à Mlle NOUFFLARD (2) le soin d'organiser le service social du service de vénéréologie. Cette circonstance est mise à profit pour prolonger sa mission et lui confier le poste de monitrice des Assistantes sociales à l'hôpital.

Au cours des années 1933-1934, huit avaient été réparties dans les différents services, mais la plupart des médecins, manquant de personnel, avaient jusqu'à une tendance accusée à les considérer comme des secrétaires ou de simples assistantes de consultation. A plusieurs reprises, ils furent réunis par M. LEMAIRE, leur collègue des hôpitaux, qui leur expliqua

(1) Cette œuvre a été reconnue d'utilité publique par décret du 15 décembre 1935.

(2) Mlle NOUFFLARD a été avec Mme GETTING une des organisatrices de la première heure du service social dans les hôpitaux parisiens.

le fonctionnement du service social, ses buts extérieurs. Mlle NOUFFLARD donnait de son côté aux Assistantes des directives et une orientation conformes à leur action ; et c'est seulement depuis cette date que le service social à l'hôpital a vraiment commencé à remplir sa tâche.

Des statuts ont été élaborés pour assurer aux Assistantes des avantages de sécurité et d'avancement au choix.

ORGANISATION.

En 1938, elles étaient 10 (1) réparties dans les services suivants : médecine générale, médecine infantile, chirurgie générale, chirurgie infantile, tuberculose, psychiatrie, neurologie, ophtalmologie, dermato- vénéréologie, services de l'Hôpital Parnet.

Au début de 1939 une nouvelle assistante a été mise à la disposition du service de psychiatrie.

Les assistantes sont recrutées parmi les infirmières visiteuses d'hygiène sociale.

Une monitrice est chargée de les inspecter dans leurs différents services ; elle les réunit régulièrement deux fois par semaine, vise leurs rapports mensuels et remet au secrétaire général de l'office un rapport trimestriel. De plus, elle visite les Chefs de service afin d'entendre leurs observations.

A l'hôpital l'activité des assistantes sociales s'étend aux malades qui fréquentent les consultations et à ceux qui sont hospitalisés.

(1) D'autres assistantes rétribuées par le même office sont en service extérieur ; elles étaient 4 en 1938, 6 au début de 1939, en fonctions dans différentes œuvres d'assistance ou dispensaires à Alger, Mascara, Sidi-bel-Abbès, Coléa, Constantine (enfants), et à Oran dans le service de psychiatrie de l'hôpital. Plusieurs nominations sont en cours.

DEUXIEME PARTIE

CHAPITRE I

Le Service Social à l'Hôpital
à Alger

HISTORIQUE

ORGANISATION

RESULTATS

ECOLE DU SERVICE SOCIAL

sion trop souvent juste de Léon BERNARD, elle voit, elle, l'être pensant et souffrant détaché de son milieu familial auquel il manque et qui est le théâtre souvent de bien d'autres misères. Suivant le même auteur cette « révision spirituelle qu'apporte le service social est certainement la réforme la plus humaine qui ait été réalisée dans les hôpitaux depuis la substitution des lits individuels aux lits à plusieurs places de l'Hôtel-Dieu médiéval ».

Et l'on comprend bien que tous les chefs de service qui ont ainsi connu tous ses succès ne sauraient désormais s'en passer, c'est leur opinion unanime. Voici celle de LEREBoullet :

« Témoin de l'activité de nos assistantes depuis plus de 12 ans, je puis dire qu'elles ont transformé la vie de nos services de pédiatrie. Le rôle du pédiâtre ne peut actuellement plus se borner à donner des soins à un petit malade sans s'inquiéter de ses conditions de vie au foyer, de son sort lorsqu'il quittera l'hôpital...

Il faut qu'il fasse œuvre sociale autant qu'œuvre médicale et la lutte contre la morbidité et la mortalité infantile est en grande partie, fonction de l'activité ainsi déployée.

Or dans cette activité nécessaire, le rôle des assistantes du service social est capital. »

2°. — EN PROVINCE

Le service social existe encore plus ou moins bien développé dans les hôpitaux de Lyon, Bordeaux, Marseille, Strasbourg, Nancy, Lille, Rouen, Le Havre, Châlons-sur-Saône, Montpellier, Sète, Béziers, Toulouse.

Dans ces villes, le budget généralement restreint oblige l'œuvre à dépendre des organisations d'hygiène

ne sociale et à faire appel à des assistantes bénévoles.

GÉRARD signale dans sa thèse qu'à Bordeaux il n'y avait en 1936 que 2 Assistantes sociales. La capacité hospitalière de 2.800 lits en absorberait bien 16 à 20, mais outre que le service social était encore inconnu d'assez nombreux chefs de service, la principale cause de ce non développement était l'insuffisance budgétaire et c'est pourquoi il préconisait la fusion de toutes les organisations de France du service social à l'hôpital, en une fédération nationale qui, plus écoutée, amènerait plus facilement les concours financiers.

A ALGER.

A Alger, depuis 10 ans le service social à l'hôpital a été institué et c'est maintenant là que nous allons l'étudier. Disons sans tarder qu'il y est appliqué avec le même esprit qu'à Paris, mais que les caractères du milieu où il s'exerce lui confèrent une originalité très marquée. Nous nous efforcerons de la montrer dans le cadre de la clinique de médecine infantile que dirige notre Maître, M. le Professeur GILLOT.

grand, la mère arrête son travail pour s'occuper de ses enfants, la situation de son mari le lui permet, et les vieux parents écrivent à l'Assistante au 1^{er} janvier 1938 : *Ce n'est pas sans émotion que nous venons vous présenter nos vœux. Nous n'oublions pas que, l'année dernière, nous étions dans la plus grande détresse morale et que votre connaissance a été pour nous une grande joie puisqu'elle nous a permis de retrouver ceux qui étaient presque perdus.* »

Les deux autres sont citées par LEREBoullet :

II.

« Demeurant dans un centre d'hébergement, la famille était dans un état lamentable de misère, de fatigue et de découragement. La mère, 35 ans, sale, déguenillée, commence une huitième grossesse ; elle est infirme du fait d'une jambe coupée un an auparavant par un câble en amarrant la péniche sur laquelle la famille vivait jusqu'à cet accident. Malgré sa fatigue, la difficulté avec laquelle elle marche, sa misère, elle semble énergique et susceptible de se remonter. Elle est en ménage depuis dix-sept ans avec le père de ses enfants qui les a reconnus. Celui-ci, 41 ans, ancien marinier, a dû quitter son travail depuis l'accident de sa femme et n'a plus qu'un emploi de manoeuvre tout à fait insuffisant. La famille a échoué boulevard Jourdan et l'entassement dans une case étroite avec ses trois enfants toujours malades et sa femme a sur lui un effet déplorable : il commence à boire. Des trois enfants vivants (quatre autres étant décédés), l'aîné est presque sourd, ayant continuellement des otites, le deuxième a un mauvais état général, le troisième est hospitalisé pour bronchite et un rachitisme très marqué.

Voilà la situation devant laquelle se trouve l'Assistante. Elle dresse tout un programme d'action et arrive à le remplir. Elle fait suivre et soigner la femme et les enfants dans les consultations pré-natales, de médecine générale, d'oto-rhino-laryngologie. Les deux aînés sont placés à l'altitude (œuvre des bergers d'Auvergne), s'y fortifient et donnent toute satisfaction. Le troisième, d'abord traité aux rayons ultra-violets est envoyé au préventorium de San Salvador.

La mère, suivie pendant sa grossesse, accouche le 31 mai 1931 d'un beau petit garçon qu'elle nourrit et qui est suivi régulièrement à la consultation de la Mutualité Maternelle d'Epinay.

L'Assistante obtient pour la famille, après de nombreuses démarches, un pavillon neuf dans une cité-jardin des environs de Paris. Elle peut les y installer le 1^{er} août 1931, après avoir intéressé à leur cas nombre d'œuvres et de personnes charitables qui ont payé le premier mois de loyer, une partie des fonds de garantie, le mobilier de première nécessité, son camionnage, etc...

Le mariage a été célébré en juin 1931, les démarches nécessaires pour réunir les papiers ayant été faites en liaison avec d'autres œuvres.

Le père a pu être embauché dans une entreprise solide où il a un travail stable et mieux rémunéré. De nombreuses démarches ont été faites pour obtenir à cette famille tous les secours légaux auxquels elle avait droit.

Et c'est avec une joyeuse fierté que l'assistante sociale a, après onze mois d'efforts, visité, en octobre 1931, cette famille dans son pavillon clair et ensoleillé ; le père, content de son travail, ne boit plus et cultive le dimanche son petit jardin ; la mère et le bébé sont en très bon état. On attend le retour des aînés. La famille est enfin reconstituée. »

III.

« C'est un jeune garçon de 13 ans 1/2 venu à l'hôpital consulter pour des maux de tête ; il est placé comme groom dans un restaurant parisien où il a un travail qui se prolonge jusqu'à minuit, où il apprend à boire et à fumer. Il doit cesser ce métier et se reposer.

Il appartient à une famille de six enfants, dont les parents, braves gens, paysans d'origine, ont dû quitter la terre mais y retourneraient volontiers. L'assistante se met en campagne, leur trouve une place de fermier dans le Corrèze, fait toutes les démarches nécessaires pour obtenir pour eux les appuis voulus et les fonds (10.000 francs) indispensables pour les dépenses d'installation. Pleins d'espoir et de courage ils partent pour la Corrèze et l'assistante reçoit de bonnes nouvelles de cette famille pour laquelle le retour à la terre semble avoir été le salut. »

L'Assistante sociale humanise donc par sa présence et son action le service hospitalier qui lui est assigné.

Dans ce malheureux solitaire et impersonnel, « support charnel d'une maladie » suivant l'expres-

Le Service Social de la Clinique Médicale et d'Hygiène Infantile de la Faculté

GENERALITES.

La clinique a reçu son Assistante sociale en janvier 1936, et depuis cette date, c'est toujours la même qui est attachée au service. Elle l'a quitté cependant durant neuf mois, d'octobre 1936 à juin 1937 pour aller à Paris perfectionner sa formation sociale à l'école « sociale d'action familiale », bénéficiant d'une des bourses accordées par l'Office algérien de médecine préventive et d'hygiène.

Elle a trouvé asile dans le bureau du Professeur; le manque de place est tel dans ce service hospitalier qu'il ne pouvait être question de lui offrir un autre local sans préjudice pour le nombre déjà si petit des malades reçus.

Cette situation présente de multiples inconvénients, notamment lorsque l'Assistante reçoit les visites des familles.

Elle dispose d'une table sur laquelle elle place ses fichiers. Elle ne s'occupe que des malades hospitalisés et ne va à la consultation annexée au service que pour y prendre les renseignements concernant les malades entrant par l'intermédiaire de cette consultation ou pour lui confier des enfants qui ont besoin d'être suivis. Elle est seule et ne pourrait suffire à assurer toute la tâche qu'exigerait une présence ainsi partagée. Il serait nécessaire pour cela de lui adjoindre une auxiliaire. Il a déjà à faire avec les enfants des salles ;

ceux-ci sont plus en main que les autres, l'on arrive à mieux connaître les situations souvent très complexes des familles, le secours peut ainsi être plus efficace et l'on comprend pourquoi, ne disposant que d'une seule aide, le Professeur GILLOT a voulu plus près de lui, son Assistante.

Elle l'accompagne le matin pendant toute la durée de la visite, et l'on ne peut imaginer collaboration plus confiante d'une part, plus dévouée et respectueuse d'autre part.

Elle a sa disposition trois sortes de fiches pour noter les renseignements recueillis et ses observations :

— une fiche simple, sur laquelle elle ne porte que des indications sommaires provisoires, ou définitives lorsque le cas n'exige pas une attention particulière ;

— deux autres fiches à double feuillet, du même format que la précédente, 20 cm. sur 12 cm. 5 portant sur la première page des impressions sensiblement différentes car elles sont destinées l'une aux nourrissons, l'autre aux enfants plus grands ; elles se distinguent aussi par leur couleur. La deuxième page est réservée aux renseignements concernant la famille et sa situation économique. Sur les troisième et quatrième pages l'assistante expose le problème médico-social.

Fermées par des agrafes, ces fiches jouent le rôle de pochettes dans lesquelles peuvent être glissées les diverses correspondances échangées à propos du cas.

En face de quelles situations va se trouver l'Assistante dans l'exercice de ses fonctions.

DANS QUEL CADRE ?

DANS QUEL MILIEU PATHOLOGIQUE

a-t-elle à travailler ?

A cette étude nous allons consacrer quelque déve-

• CHAPITRE II

Le Service Social de la Clinique
Médicale et d'Hygiène Infantile
de la Faculté

GENERALITES

COMPOSITION DU SERVICE

LE CADRE SOCIAL

LE MILIEU PATHOLOGIQUE

DIFFICULTES RENCONTREES PAR L'AS-
SISTANTE

ACTIVITE-RESULTATS

ciale, à l'AMINA (1).

Vêtements fournis ou dons en argent pour constituer des trousseaux destinés aux enfants dirigés sur colonies de vacances ou des layettes.

Facilités de transport obtenues à quelques nécessaires pour possibilité de continuation de traitement.

Obtention d'échantillons médicaux divers.

ECOLE DU SERVICE SOCIAL.

La création d'une école algérienne du service social s'est imposée à ceux qui, en 1935, réorganisèrent ce service.

L'imcompréhension des langues arabe et kabyle, la méconnaissance des mœurs, de leurs coutumes, du droit spécial qui régit leur famille, sont la cause de nombreux échecs.

Mais l'utilité de cette école fut d'abord contestée, et l'on dut se contenter pour inculquer les notions sociales d'ordre général qui manquaient aux assistantes d'accorder sept bourses d'études dans des écoles de la Métropole. En retour les assistantes s'engageaient à servir trois ans au moins dans un service hospitalier.

L'expérience ne fut guère favorable ; l'une des raisons est que les lois sociales appliquées n'étant point les mêmes, elles étaient à leur retour pour ainsi dire dépaysées ; seule l'adaptation stricte au milieu peut être la garantie du succès.

M. Duclos s'exprimait en ces termes à la 10^e Assemblée Générale de l'Office algérien de médecine préventive et d'hygiène, (19 février 1938) :

(1) Assistance morale aux Indigènes nord-africains, œuvre dirigée par les Missionnaires d'Afrique, encore appelés Pères Blancs.

« La création en Algérie d'une école d'Assistances sociales nous paraît être plus encore que l'école d'infirmières visiteuses, la condition du plein succès de l'œuvre d'assistance. Le diplôme d'Etat délivré par la Métropole consacre le mérite, mais non l'aptitude particulière qu'il faut au personnel algérien. Ici, la connaissance de la langue arabe, des mœurs, de la géographie est la base indispensable. Pour qui recherche et veut le succès, la formation des assistantes sociales sera algérienne ou elle ne sera pas. » (1)

Les crédits pour la réalisation de cette école ont été votés l'an dernier, elle serait prête à fonctionner sous peu (2).

(1) Cette école formerait des assistantes qui seraient affectées non seulement aux hôpitaux mais à toutes les autres activités de l'assistance et le Dr LEMAIRE pense que les infirmières visiteuses coloniales de Parnet, auxiliaires des médecins de colonisation pourraient venir y compléter leur éducation sociale.

(2) Il faut noter que l'école des infirmières visiteuses de la Société de la Croix Rouge, S.S.B.M., fait déjà suivre aux élèves qu'elle forme des cours de langue et de mœurs arabes et que son dispensaire par une organisation digne d'être remarquée prolonge ses bienfaits sur la population indigène de la Casbah suivant des méthodes parfaitement adaptées au milieu visité.
La thèse de ROUSSET expose cette action.
Cependant il ne s'agit que d'une œuvre d'assistance strictement médicale.

Il n'est point besoin de nous étendre davantage puisque les buts, l'organisation et les méthodes de travail sont calqués sur ceux que nous avons déjà exposés en étudiant le service social dans les hôpitaux de Paris.

BUDGET.

Nous fournissons les chiffres des dépenses de 1937 et les prévisions qui avaient été établies pour l'exercice 1938.

Dépenses de l'exercice 1937.

Les chiffres ci-dessous figurent aux articles 3, 4 et 7 de la colonne « dépenses » du compte-rendu financier de l'Office algérien de médecine préventive et d'hygiène.

Assistants sociaux : traitement	175.600 »
Assistants sociaux : frais divers entraî-	
nés par le service	13.746 50
Bourses d'études et préparation d'une	
école d'assistants sociaux	27.950 »
	217.296 50

Le total des dépenses de l'Office au cours de ce même exercice a été de 513.298 frs 84.

On voit donc la part importante jouée par le service social dans l'activité de cet organisme.

Les prévisions pour l'année 1938.

s'élevaient à 392.00 francs, en raison de l'accroissement du personnel, du versement volontaire de l'Office à la Caisse Nationale des Retraites pour le compte des assistants sociaux.

Tableau de l'activité du Service Social à l'Hôpital à Alger durant l'année 1938.

Visites à domicile	1.610
Démarches	980
Lettres écrites	1.790
Consultants questionnés	33.843
Hospitalisations	2.270
Consultants dirigés sur centre anti-galaire ..	2.270
Consultants ramenés	156
(dont syphilitiques reconnus et traités)	17
Carnets de soins à syphilitiques quittant Alger	21
Appareillages évitant longues hospitalisations	8
Soins à domicile	39
Placements des vieillards dans hospices	6
Placements de malades dans centres de convalescence (Hôpitaux de l'intérieur)	40
Placements d'enfants dans instituts spéciaux	7
Placements à l'Orphelinat	17
Placements en colonies de vacances	28
Placements en ouvroir	2
Placements dans crèches	2
Admission dans « goutte de lait »	3
Bourse d'entretien pour aveugle laborieux .	1
Consultations juridiques	6
Placements de domestiques	26
Rapatriements	24
Améliorations du logement	3
Diminution de loyer	1
Secours en argent et en nature (bons de pains, etc...) accordés par les Bureaux de bienfaisance européen, israélite, musulman.	
Repas pour familles obtenus au centre d'entr'aide so-	

loppement car l'on ne saurait ni voir l'étendue de la tâche à accomplir, ni comprendre beaucoup de difficultés rencontrées si l'on ne connaissait au moins sous quelques aspects le terrain de l'Assistance médico-sociale en Algérie et spécialement à Alger.

C'est dans un service de Médecine infantile que nous allons les montrer et de ce fait ils tirent une particularité certaine, mais ils ont aussi par cela même une portée plus générale, car n'est-ce pas le plus souvent par l'enfant que l'on touche de plus près à la plupart de tous les problèmes sociaux.

A travers les détresses subies par ce petit être, innocente et impuissante victime, ne voit-on pas se dresser et se jouer des drames plus étendus ?

COMPOSITION DU SERVICE.

Le service de la clinique se compose de deux salles: BOUILLAUD et Claude BERNARD, situées dans l'hôpital de Mustapha.

La *Salle Bouillaud* est destinée à l'hospitalisation des enfants de 0 à 3 ans et de leurs nourrices, s'il y a lieu.

Elle est divisée en box, sept d'entre eux, isolés du reste de la salle, sont destinés chacun à recevoir une mère et son enfant.

Normalement l'ensemble peut recevoir 32 enfants et 7 femmes.

Peuvent y être hospitalisés :

- 1° Les enfants malades
- 2° Les enfants au -dessous de deux ans dont la mère est en traitement dans un autre service et qui sont au sein. Ils sont placés «en dépôt»; une infirmière les porte à leur mère à l'heure des têtées ;
- 3° Les nourrices qui accompagnent leurs bébés malades ;
- 4° Les mères malades avec leurs bébés sains ou malades lorsqu'il est de l'intérêt des uns et des autres de n'être point séparés. Pour ces femmes le service fonctionne alors comme un service de médecine générale.

Durant les années 1935, 1936, 1937, 1938 il a été enregistré une moyenne de 465 hospitalisations par an, comprenant 73,8 % d'enfants, 26,2 % de femmes.

Parmi ces femmes 20 % étaient malades.

La *salle Claude Bernard* est destinée à l'hospitalisation des enfants de 3 à 15 ans. Elle comporte 33 lits: 16 sont réservés aux filles qui occupent la première moitié de la salle et 17 aux garçons.

Au cours de la même période il y a eu une moyenne annuelle de 270 hospitalisations parmi lesquelles on doit compter 60 % de garçons, 40 % de filles.

Le Cadre Social

- *Eléments de la clientèle hospitalière .*
 - *Les mœurs de cette clientèle.*
 - *Mélanges par les unions mixtes.*
 - *Enfants des filles-mères.*
 - *Enfants assistés.*
 - *Enfants en détresse morale.*
 - *Habitat.*
 - *Situation économique.*
-

Les malades qui sont hospitalisés dans chacune de ces deux salles habitent pour la plupart Alger, les autres viennent de tous les points du département, mais surtout des régions voisines de la capitale. L'intérieur est, en effet, pourvu de formations hospitalières ou d'infirmes suffisantes, et généralement ce n'est que dans les cas particuliers où elles manquent de moyens de diagnostic et de traitement que les malades sont dirigés sur l'hôpital de Mustapha.

ELEMENTS DE LA CLIENTELE HOSPITALIERE.

Dans les deux salles de médecine infantile nous allons donc retrouver les éléments de la population de la ville d'Alger, plutôt que celle du département. En réalité, ces éléments sont les mêmes et constitués par des Européens, des Arabes, des Kabyles et des Juifs, seul le pourcentage varie :

Les Européens et les Juifs sont plus nombreux

que les Indigènes à Alger. Il y a à Alger environ 315.000 habitants : 210.000 Européens et Juifs, 105.000 Indigènes.

Au lieu qu'à l'intérieur du département le nombre des Indigènes l'emporte de beaucoup, et dans les hôpitaux et infirmeries, ils constituent la presque totalité de la clientèle.

Certaines remarques s'imposent concernant le classement des éléments de cette clientèle hospitalière pour l'établissement des statistiques qui seront présentées.

Les Européens comprennent, en dehors des Français, surtout des Espagnols et des Italiens, quelques Maltais, enfin de rares enfants d'autres nations. Nous n'avons pas recherché si les parents étaient ou n'étaient pas naturalisés. Souvent leurs pays d'origine n'étaient pas mentionnés sur les registres ou sur les observations, nous nous sommes alors fiés à la consonnance du nom pour l'établir. Cette méthode est évidemment passible de critiques, nous ne pensons pas cependant que les résultats aient été très faussés.

Nous aurions voulu séparer nettement les Kabyles des Arabes, car ces deux races sont très différentes; nous n'avons pas trouvé de renseignements suffisants pour le faire. Il semble pourtant qu'en l'année 1937 on s'y soit attaché avec Claude BERNARD. Les chiffres correspondent vraisemblablement au pourcentage moyen.

Les Juifs possèdent des caractères très distinctifs; ils représentent, eux aussi, un élément indigène de la population (1), élément qui s'est le plus rapidement et le mieux adapté à la civilisation européenne.

(1) Augustin BERNARD le rappelle dans son livre « l'Algérie », Félix ALCAN, 1929 p. 364.

SALLE BOUILLAUD

1°. — Races

ANNEES	1935	%	1936	%	1937	%	1938	%	Total	%
Nombre d'hospitalisations .	448		460		486		463		1.857	
Arabes	207	46,1	228	49,6	256	52,7	270	58,3	961	51,7
Européens	191	42,7	198	43	198	40,7	149	32,2	736	39,6
Juifs	50	11,2	34	7,4	32	6,6	44	9,5	160	8,7

2°. — Européens

ANNEES	1935	1936	1937	1938	Total	%
Nombre d'hospitalisations	191	198	198	149	736	40,2
Français	87	74	78	57	296	40,1
Espagnols	65	85	68	77	295	
Italiens	35	34	43	13	125	17
Autres nationalités .	4	5	9	2	20	2,7

SALLE CLAUDE-BERNARD

1°. — Races

ANNEES	1935	%	1936	%	1937	%	1938	%	Total	%
Nombre d'hospitalisations	234		254		304		294		1.086	
Arabes	98	41,9	129	50,8	150	49,3	163	55,5	540	49,4
Européens	102	43,5	101	39,8	126	41,4	107	36,3	436	40,7
Juifs	34	14,6	24	9,4	28	9,3	24	8,2	110	10,4

2°. — Européens

ANNEES	1935	1936	1937	1938	Total	%
Nombre d'hospitalisations	102	101	126	107	436	34
Français	33	30	53	32	148	41,7
Espagnols	46	41	50	45	182	20,3
Italiens	21	23	19	21	84	5
Autres nationalités .	2	7	4	9	22	

En lisant les tableaux des hospitalisations des salles BOUILLAUD et Claude BERNARD durant les années 1935, 1936, 1937, 1938 on constate qu'il y a en moyenne durant cette période, d'hospitalisés :

50 % d'Indigènes (Arabes et Kabyles);

40 % d'Européens;

10 % de Juifs,

mais le pourcentage des Indigènes croît d'année en année passant :

à BOUILLAUD de : 46,1 % à 58,3 %

à Claude BERNARD de : 41,9 % à 55,5 %

au détriment simultané des Européens et des Juifs.

En 1937, salle Claude BERNARD, sur les 150 indigènes hospitalisés nous avons trouvé 113 Arabes et 37 Kabyles.

Parmi les Européens nous voyons qu'il y a un peu plus d'Espagnols que de Français, que les Italiens viennent loin derrière, enfin qu'il n'y a qu'un nombre infime d'enfants appartenant à d'autres nationalités.

LES MŒURS DE CETTE CLIENTELE.

Chaque élément ethnique arrive avec ses mœurs.

Notre intention n'est point de les étudier d'une manière approfondie, mais de noter seulement celles qui peuvent être en rapport avec l'assistance médico-sociale.

1. *Chez les Européens et les Juifs*, il y a en bloc tous les préjugés populaires, si enracinés dans les classes pauvres, toutes les connaissances soi-disant médicales débitées avec autorité et écoutées avec complaisance. Ce fait est, certes, général mais, ici, avec le mélange des nationalités, il s'observe avec une particulière acuité et déploie de multiples procédés. Ce

(1) Lorsque par la suite nous écrirons « Arabes » sans spécifier davantage nous comprendrons sous cette dénomination ces deux éléments de la population.

sont, parmi tant d'autres, le lavement fait avec une décoction de céleri qui guérit les gastro-entérites, le collier de sureau, en honneur dans la région de Rouïba, et qui prévient des méningites des poussées dentaires. Les Espagnols et les Juifs se livrent plus spécialement à de telles pratiques. Il est à noter que ce milieu reste fidèle à ses traditions « médicales », il est insensible à la renommée d'autres guérisseurs, des chromothérapeutes notamment, réservés semble-t-il, à une clientèle plus scientifique et plus aisée.

Ses actes sont quelquefois vraiment inattendus :

Obs. I.

A moment des visites, le 8 novembre 1932, à 14 heures, une femme pénètre dans le box occupé par une mère israélite et son bébé. Elle vient, compatissante, pour essayer de sauver l'enfant qui ne tète pas, parce qu'à son avis les bouts de sein sont mal formés. Elle apporte un petit chien qui va promptement corriger ce défaut. Mais celui-ci ne prend pas le sein non plus, elle se met alors à têter elle-même et se tournant vers la Sœur lui dit : « Ce n'est pas étonnant, c'est salé ! ».

La mère a du lait, mais l'enfant est un hérédospécifique atrophique.

Il faut aussi noter son sans-gêne très fréquent :

Obs. II.

Une fillette italienne de 4 ans est hospitalisée en août 1937 salle Claude Bernard, pour fièvre et troubles digestifs. Ses parents sont en instance de divorce : c'est le père qui a la garde de cette enfant ainsi que celle des autres, plus grands. Quelques jours après, dans l'après-midi, la Sœur du service s'aperçoit qu'elle a disparu, et apprend qu'elle a été emmenée par un homme inconnu. L'administration de l'hôpital va à sa recherche et la retrouve chez son père, qui, craignant que la mère ne vienne la prendre, l'a ainsi fait enlever.

Obs. III.

Le 5 Janvier 1931, un garçon juif, Georges Z. âgé de 2 ans, est hospitalisé pour entérite et impétigo. La mère déclare qu'elle est en instance de divorce et qu'elle veut garder

son enfant. Si le père vient donc le réclamer, il ne faudra pas le lui donner. Il est bien évident qu'on ne peut souscrire à ce désir.

Cependant d'une manière générale cette population européenne comprend la valeur de l'assistance, et est très ouverte aux tentatives de secours sous toutes les formes.

2. Il n'en est pas de même pour *l'élément indigène*. Celui-ci est avant tout fataliste. Il lui faut une souffrance ou une impotence manifeste pour qu'il envisage de se soigner, et c'est pourquoi très souvent les mères conduisent leurs nourrissons à l'hôpital dans des états déplorables.

Peu à peu, surtout en ville, ils abandonnent leurs procédés thérapeutiques, lointaines répliques et contrefaçons grossières des doctrines d'AVICENNE. Ils s'adressent maintenant assez volontiers aux consultations ou aux dispensaires, qui ont contribué pour beaucoup à les éduquer. Cependant il est encore très fréquent de voir les enfants arriver les cheveux et les tempes enduits d'emplâtres préparés suivant d'ancestrales recettes aux herbes, au sang ou à la boue.

Et nombreux sont les parents qui restent sourds aux conseils d'aller trouver un médecin.

Obs. IV.

Louise B. de père arabe et de mère espagnole entre salle Claude Bernard en novembre 1936 pour mouvements choréïques qu'elle a présentés dans des circonstances bien particulières. Elle habite Alger, dans une maison indigène où une fillette est atteinte de chorée. Les parents de cette dernière la croyant visitée par un esprit ont fait venir des matrones pour l'exorciser ; elles ont vociféré sauvagement, joué un tam-tam infernal, brûlé de l'encens pendant que la pseudo-possédée sautait jusqu'à tomber sur le sol, épuisée.

Cette scène a tellement frappé Louise qu'elle n'a point tardé à reproduire les attitudes désordonnées de sa compagne, et ses parents l'ont conduite à l'hôpital.

Il a été impossible à l'Assistance sociale de faire comprendre au père de l'autre enfant, employé aux chemins de fer algériens, que l'état de sa fille ne pourrait supporter sans aggravation de telles mises en scène. Il refuse en invoquant certes les frais d'hospitalisation, mais surtout parce que sa fille « ayant une maladie d'indigènes, il faut la soigner avec des méthodes indigènes ». Qu'importe que la première tentative n'ait point été suivie de succès — il s'en faut ! — il connaît dans la montagne, en Kabylie, un marabout d'importance...

L'hospitalisation est toujours difficilement acceptée et mal supportée pour de multiples raisons :

1° Les parents ne veulent pas laisser leurs enfants, seuls, et les cas ne se comptent pas où cette hospitalisation ayant été obtenue, le lendemain ou quelques jours après, ceux-ci sont enlevés malgré leur état de santé.

Obs. V.

Le petit Abdelkader est amené à l'hôpital en mars 1931. Sa mère est morte tuberculeuse ; l'enfant a été abandonné par son père qui s'est remarié. Il a été adopté par un couple arabe voisin qui n'avait pas d'enfant, qui n'a réclamé aucune rémunération et qui s'occupe très bien de lui.

Au bout de quelques jours, l'enfant est repris ; il est ramené le 15 mai dans un état cachectique par la mère adoptive accompagnée de sa belle-sœur, femme française qui a épousé le frère de son mari. Deux jours après, un dimanche après-midi, cette dernière et son mari en état d'ébriété viennent voir l'enfant, et l'emportent sans prévenir personne. Le lendemain, elle le ramène disant que le père adoptif, désolé, ne sait plus que faire de cet enfant malade.

2° Le mari ne tolère pas l'éloignement de sa femme de la maison. Dans certains cas, il est vrai, l'on comprend son attitude, et cette lettre écrite par l'un d'eux en 1934 est très explicite :

Obs. VI.

« Permettez à un pauvre père de famille de vous demander un service. Voici les raisons qui me forcent à avoir recours à vous. Je suis le mari de la femme que vous soignez depuis deux semaines environ. J'ai six enfants dont le plus grand a 16 ans et qui n'est pas de grande utilité pour le ménage. Je suis obligé de faire moi-même tous les repas, n'ayant personne pouvant tenir le ménage. Il vous est facile d'imaginer un pauvre porte-faix revenant du travail, harassé de fatigue et faire par surcroît le ménage, préparer les repas, faire le lit des quatre enfants restés seuls à la maison. Ma femme ne pouvait pas prévoir ces choses-là. Ce n'est que moi qui ait senti les effets d'une maison sans maîtresse. Donc, je parle à votre bon cœur pour m'accorder cette faveur : je vous prie de laisser sortir ma femme et ses filles quittes pour revenir les jours de visite se soigner à l'hôpital. En vous demandant ce service, j'étais sûr qu'il ne vous gênerait pas et qu'au contraire vous ferez une bonne action.

Veuillez agréer, monsieur le Docteur, mes humbles et sincères salutations. »

Cette femme était bacillaire, l'une des filles âgées de 4 ans présentait une péritonite tuberculeuse et l'autre, nourrisson, une atteinte pulmonaire.

3° Enfin, il faut que ce séjour accepté avec si peu d'empressement produise des heureux effets en très peu de temps ; l'indigène ne comprend pas que la guérison tarde.

4° Dans d'autres cas, l'hospitalisation est demandée par la famille, parce qu'à l'hôpital il y a de « grands » médecins et parce qu'il y a « l'électricité ». Mais il faut faire vite.

Obs. VII.

Un enfant kabyle de un an, fils d'un loueur de taxis de Dra-el-Mizan arrive dans la soirée du 28 avril 1937 avec une jambe enflée et une température à 40°, il passe au pavillon de garde, puis est mis salle BOUILLAUD. Le lendemain, le père reprend son enfant pour le ramener chez lui. Il était simplement venu à l'hôpital pour savoir ?

Obs. VIII.

« Tout récemment, en avril 1939, un kabyle fait hospitaliser son neveu. mais il faut le radiographier aussitôt car il ne consent pas à le laisser plus de deux jours. Il reviendra le lendemain pour connaître, si possible, le résultat.

En réalité, il n'a pas reparu pendant plus d'un mois, l'état de l'enfant s'est durant cette période considérablement aggravé ; un jour l'oncle a brusquement réapparu et il a fallu lui donner l'enfant séance tenante, il n'a du reste demandé aucune précision sur l'examen radiographique.

5° L'hôpital est considéré aussi comme un refuge ou comme un dépôt :

Obs. IX.

Le 19 juin 1929 au matin, une femme indigène se fait hospitaliser salle BOUILLAUD avec son enfant au biberon.

On apprend qu'elle vit en mauvaise intelligence avec son mari et qu'elle est venue à l'hôpital sans le prévenir.

Dès le début de l'après-midi, son beau-frère arrive et se rend compte de sa présence. Il en avertit son frère qui ne tarde pas à venir, un scandale éclate dans la salle, il veut reprendre l'enfant ; elle s'y oppose, finalement il se sauve avec lui. La femme est mise à la porte de la salle quelques jours après, elle avait fait de véritables mises en scène pour être considérée comme malade.

Obs. X.

Le 10 août 1933, une femme indigène amène son fils pour le faire hospitaliser. Au médecin qui lui fait observer que l'état de l'enfant comporte un pronostic fatal, elle déclare : « S'il doit mourir qu'il meure, mais moi il faut que je prenne mon autobus. » Et elle s'en va, pressée.

Quelques jours plus tard, le père vient et annonce que sa femme est partie avec un autre homme en emportant 6.000 francs et des draps. Il demande qu'on ne lui laisse pas reprendre l'enfant si elle revenait dans ce but.

On ne l'a pas revue, l'enfant est d'ailleurs décédé le 23 août.

6° Un trait est particulier, est la nette préférence des parents pour les garçons, et sur la femme qui n'en

a point plane une constante menace de répudiation. Cela ne va pas sans grave préjudice pour la santé des filles.

Obs. XI.

Le 29 octobre 1936, une famille arabe vient à BOUILLAUD avec ses deux enfants : l'un a 14 mois, c'est un garçon, il est solidement bâti, il tète encore sa mère, très gloutonnement, l'autre est une fille de 15 jours, menue, pesant 1 kil. 420. On la laisse dépérir.

Le père donne très facilement l'explication d'un pareil état de choses : « l'ainé est un garçon, la deuxième est une fille » et d'ailleurs s'ils viennent à l'hôpital, c'est pour le garçon car il est « tout gonflé ». Il présente une néphrite.

Nous avons recherché parmi les hospitalisés quel était dans chaque race le pourcentage respectif des garçons et des filles ; il y a :

Parmi les Européens :

56 % de garçons et 44 % de filles ;

Les Juifs :

57 % de garçons et 43 % de filles ;

Les Arabes :

65 % de garçons et 35 % de filles.

L'interrogatoire des enfants déjà grands est pratiquement impossible ou ne peut donner de renseignements intéressants ; c'est aussi une véritable difficulté que d'interroger leurs parents .

Due à ce que la méconnaissance de la langue est souvent réciproque ; il faut reconnaître que les indigènes parlent plus facilement le français, que le personnel médical, l'arabe (1).

Due aussi au fait qu'on obtient rarement une réponse précise : l'indigène n'analyse que d'une manière

(1) Pour parer à cette difficulté, l'internat d'Alger a envisagé de faire donner à ses membres des cours de langue arabe.

très grossière ses sensations. Il a souvent « mal partout », il prend l'estomac pour le cœur, etc. Lorsqu'on pratique son examen clinique complet, il ne comprend pas tous les procédés d'investigation qu'il juge inutiles et il ramène souvent la main du médecin au point de la douleur maximum.

Dans ses visites à domicile, l'Assistante sociale est toujours bien accueillie.

Une corbeille à légumes suspendue par des cordes forme le berceau classique du nourrisson arabe. Il y est installé, sur une peau de mouton ou des lambeaux de burnous, ligoté de la tête aux pieds ; son crâne est ceint d'un bandeau d'étoffe placé dès la naissance et qu'il gardera pendant les premiers mois afin que sa tête ne grossisse pas trop (1) ; ses yeux sont démesurément agrandis par une substance noirâtre appelée khôl, passée sur les sourcils et sur les paupières. Le tronc et les membres sont emmaillotés d'une manière très serrée, ficelés, afin que l'enfant ne se disloque pas.

Une corde fixée au milieu de la corbeille permet à sa mère de le bercer tout à son aise, souvent à une grande distance.

La mère offre toujours quelque chose à la visiteuse, notamment du café, et il faut à celle-ci trouver mille excuses pour refuser car les récipients sont d'une propreté douteuse et cependant il ne faut point heurter la susceptibilité très grande de ce milieu très

(1) MM. le Professeur GILLOT et le Docteur MACHUEL rappellent dans leur rapport « *la syphilis infantile en Algérie* » présenté au IV^e Congrès des Sociétés médicales de l'Afrique du Nord qui s'est tenu à Tunis en 1934, que cet usage entraîne des déformations artificielles du crâne, surtout un allongement occipital, que l'on serait tenté à première vue de rattacher au rachitisme ou à la syphilis héréditaire.

accueillant, d'autre part, il faut que les conseils donnés soient reçus avec bienveillance. Pour arriver à convaincre, il lui faut beaucoup de patience, car selon la conception des indigènes, tout ce qui arrive vient d'Allah, l'on ne sortira de la maladie ou de l'adversité que lorsqu'Allah le voudra bien, et il n'est point besoin d'effort personnel. C'est le « Mektoub » classique. (C'était écrit).

Ces visites sont aussi dans de nombreux cas très fatigantes, et il faut franchir des espaces où se rencontrent toutes les difficultés de la marche et toutes les immondices.

Enfin rendue, il arrive très souvent à l'Assistante de ne point retrouver ceux qu'elle cherche, soit qu'ils aient donné des noms incomplets ou de fausses adresses, soit qu'ils aient déménagé ou disparu sans que l'on puisse avoir d'indication sur leur nouveau refuge.

LES MELANGES PAR LES UNIONS MIXTES.

La clientèle qui vient dans les deux salles est donc assez diverse. Souvent elle se plaît à accroître ce caractère par le jeu des unions mixtes et elle arrive à créer des complexes raciaux très panachés qui n'assemblent pas seulement leurs qualités.

Sur les 54 unions mixtes, pas toujours régulières mais toujours fécondes, que nous avons relevées au cours des années 1935 à 1938 nous trouvons :

- 25 unions entre Européens et Arabes ou Kabyles,
- 10 unions entre Européens et Juifs,
- 11 unions entre Européens entre eux,
- 8 unions entre Arabes et Kabyles,

Pas une seule entre Juifs et Arabes ou Kabyles.

Dans la première catégorie, il s'agit 24 fois d'hommes arabes ou kabyles (6 Kabyles authentiques) s'étant mis en ménage avec des Européennes, surtout

des Françaises. Un seul Européen, italien, a épousé une femme arabe.

La plus grande partie de ces unions s'est effectuée en France où vont travailler ces indigènes. Ils adoptent alors provisoirement les mœurs locales et paraissent s'adapter dans une certaine mesure. Le rêve finit généralement pour la femme lorsque l'homme revient avec elle au pays natal, à moins, ce qui paraît être le cas le plus fréquent, qu'il ne l'abandonne avec ses enfants en invoquant de multiples raisons ou en disparaissant subitement.

Le résultat de toutes ces unions est presque à coup sûr toujours le même : le malheur pour la femme qui se réalise suivant toutes les gradations, depuis l'abandon brutal jusqu'à l'obligation sans résistance possible de se soumettre aux usages de la vie indigène dans la solitude morale du douar. Il est, certes, des exceptions ; elles sont rarissimes et se produisent surtout lorsque l'homme est par une conversion devenu chrétien, le fait est encore bien rare.

Dans d'autres cas, l'homme sait résister aux avis contraires et méprisants de ceux de la race et aux sollicitations de son propre atavisme, mais il n'est point dans la nature des indigènes algériens de faire sur eux-mêmes de tels efforts et de semblables triomphes ne sont que très passagers d'autant que le chômage et le dénuement souvent complet ne sont pas pour influencer favorablement le désir de résistance.

Voici quelques exemples recueillis sur les cahiers de « cas sociaux » de M. Le Professeur GILLOT.

Obs. XII.

La petite L. Georgette âgée de 4 ans entre à Claude BERNARD pour paludisme.

Depuis 4 mois elle présente des accès fébriles et n'a pas été soignée car elle habitait sous la tente dans les environs de Bordj-bou-Arréridj.

On s'étonne d'entendre cette enfant parler l'arabe alors qu'elle est née à Beauvais et que sa mère est française. Celle-ci raconte alors l'histoire suivante :

Peu après la naissance de la petite Georgette — dont on ne sait qui est le père — elle a fait la connaissance d'un indigène avec lequel elle a vécu un an et demi à Paris dans la complète communauté d'idées et de bonheur.

Mais après une période de grève, l'homme se trouve sans travail et lui propose de l'emmener en Algérie où il pense pouvoir être embauché. Arrivé, il regagne sa tribu et contraint la mère et l'enfant à vivre sous la tente. A plusieurs reprises elle essaye de s'enfuir pour faire soigner son enfant malade et se soustraire aux mauvais traitements qui lui sont infligés, elle est chaque ramenée et brutalement frappée.

Mais une femme arabe s'intéresse à elle et prépare sa fuite et c'est ainsi que profitant de l'absence de l'homme, elle amène un jour deux mulets avec lesquels elles gagnent toutes deux la gare voisine.

La mère parvenue ainsi à Alger, trouve une place dans un café rue de Lyon, et fait entrer sa fille à l'hôpital.

Obs. XIII.

La nommé Fernande M. amène à l'hôpital en décembre 1930 sa fille Odette, âgée de 2 ans et atteinte d'angine diphtérique.

A l'âge de 17 ans, cette femme s'est placée à Paris et a fait la connaissance d'un arabe, manœuvre maçon. Elle a eu un premier enfant, âgé actuellement de 5 ans. Tous sont venus une première fois en Algérie pour trois mois, près de Sétif. Leur petit garçon a été laissé à la garde de la grand'mère paternelle.

Retourné à Paris, le faux ménage a une petite fille, la malade. Bientôt le chômage survient et tous trois reviennent alors à Alger où ils habitent une maison indigène du quartier de Belcourt. La jeune femme placée chez une européenne comme bonne à tout faire, gagne 400 francs par mois. Subissant l'influence de son frère, le père reprend complètement ses mœurs arabes et oblige Fernande à s'y soumettre ; il la maltraite, la dépouille de son argent, la prive de nourriture, la fait coucher par terre. Celle-ci ne peut supporter ces contraintes, et, conseillée par sa patronne, va à Boufarik se placer chez la fille de cette dernière. Là, elle ne gagne plus que 200 francs par mois, elle doit d'autre part mettre Odette à la crèche pendant la journée. Cependant la

fillette n'est pas supportée dans cette nouvelle place, elle est très pénible la nuit, paraît-il. La mère, remerciée, regagne Alger. La petite présente cette angine et est hospitalisée.

Fernande a l'intention de se placer comme infirmière à l'hôpital si elle peut mettre son enfant chez les Sœurs de St Vincent de Paul qui ne prennent que 80 francs par mois.

Cbs. XIV.

Le 28 février 1933, une jeune française entre salle BOULLAUD avec un enfant âgé d'un an. Elle est mariée à un indigène qui l'a abandonnée il y a deux mois pour aller avec une Espagnole. Elle est enceinte de 5 mois. Elle a toujours été malheureuse avec lui parce que, quoique « mariée suivant la loi française, elle est considérée comme une mauresque ». Elle vit à l'heure actuelle avec ses beaux-parents qui voudraient la voir partir et lui font pour cela mille misères : tout dernièrement ils ont vendu le lit sur lequel elle couchait.

Sa mère, française, était infirmière à la clinique indigène et elle l'avait confiée en nourrice à une femme arabe. Mais lorsqu'elle eût deux mois, sa mère disparut sans laisser de trace, la nourrice l'éleva comme s'il s'agissait de sa propre fille.

Ce n'est qu'à l'âge de 15 ans, à la mort de cette femme, qu'elle apprit qu'elle était née de mère française. Il fut alors question de la mettre à l'Assistance publique, mais le père adoptif déclara qu'il voulait la garder et c'est lui qui lui fit épouser son mari « habillé à la française ».

Cbs. XV.

En mai 1933, un bébé kabyle meurt salle BOULLAUD d'une méningite tuberculeuse. Il était né d'un père kabyle et d'une mère française.

Celle-ci est originaire des environs de Clermont-Ferrand et appartient à une famille nombreuse — 15 enfants dont 11 vivants — que la guerre a ruiné. Elle a d'abord été placée chez des Sœurs, puis dans une usine de Clermont-Ferrand. C'est là, qu'à 15 ans, elle a fait la connaissance d'un jeune kabyle venu en France à l'âge de 14 ans avec un oncle.

Les deux familles s'opposent à leur mariage ; lui, se convertit au catholicisme, ils se marient, travaillent aux usines Michelin où ils sont confortablement installés.

Ils ont quatre enfants et occupent un logement de huit pièces. Au bout de quelques années, ils viennent en Algérie

(1928). Les parents kabyles ne veulent pas les recevoir, de plus le cadi dit au père qu'il ne pourra plus hériter. Ils se fixent alors à El-Biar. là, deux enfants naissent encore. Ils n'ont qu'une seule chambre dans une maison habitée exclusivement par des indigènes.

C'est la misère ; le père est emphysémateux, a une bronchite chronique, il retourne en France où il espère gagner plus.

Elle, est secourue par les Dames de Charité d'El-Biar ; elle a été obligée de mendier à plusieurs reprises ; son état général est assez inquiétant, elle ne peut songer à demander en France asile à ses parents, ils ne la recevraient pas.

Quatre enfants ont été placés à l'œuvre GRANCHER.

Obs. XVI.

Roger Ar. âgé de trois ans entre salle BOUILLAUD le 2 juin 1938. Son père est arabe, sa mère française. Ils ne sont pas mariés.

Cette femme a été mariée en France, bientôt le divorce a été prononcé ; cette union régulière n'a donné aucun enfant.

Puis, elle s'est liée à un Hindou ; un garçon est né, âgé de 6 ans. Le père a disparu.

La mère a alors fait la connaissance, en France, d'un indigène faisant son service militaire à Paris, et dont elle a eu un garçon ; il avait promis le mariage, mais le service fini il a tout naturellement disparu. Elle est venue le rechercher ici sans succès.

Il nous paraît intéressant de signaler que les enfants nés de telles unions reçoivent toujours comme prénom principal l'un de ceux utilisés dans la nationalité maternelle : Christian, Raymond, Jean-Claude, Josette, Josepha, etc.

Dans certains cas pourtant ils sont présentés sous un double prénom alliant chacune des races : André Ali, Jacky Nourredine, André Amar.

Nous serons plus brefs dans nos commentaires sur les autres catégories d'unions mixtes. Celles réalisées entre Européens et Juifs sont, comme on le voit, assez fréquentes, puisque nous en avons relevé 10.

Ce fait s'oppose à l'absence d'unions, déjà signalé, entre Juifs et Arabes ; il semble qu'il y a dans ce dernier cas un antagonisme contre lequel une vie côte à côte pourtant longue n'a pas encore prévalu.

Quant aux mariages des Européens entre eux, Français, Espagnols, Italiens, ils sont très fréquents et deviennent courants ; c'est surtout grâce à eux que se constitue la race dite « algérienne ». Ils sont si nombreux que bien souvent l'on n'y prête plus attention et c'est pourquoi le chiffre de 11 que nous avons relevé ne correspond pas du tout à celui qui devrait être opposé en regard des autres catégories d'unions mixtes.

Les races arabes et kabyles s'opposent par bien des caractères ; elles ont vécu très longtemps complètement séparées ; les mouvements d'exode vers la ville des Kabyles ont établi des points de contact et ont fait conclure des alliances. Sur les 8 unions relevées, nous trouvons que 6 Kabyles ont épousé des femmes arabes, et 2 arabes, des femmes kabyles.

Il est bien évident qu'il ne faut tirer de ces chiffres aucune conclusion quant au pourcentage moyen des unions mixtes. Les salles d'hôpital, surtout les salles d'enfants, sont souvent le refuge des misères sociales, et c'est pour cette seule raison que le plus gros chiffre trouvé des unions mixtes est celui des unions entre Européens et Arabes ou Kabyles : ce sont les plus malheureuses.

A côté de ces enfants, victimes de semblables unions mixtes, l'on en rencontre beaucoup d'autres placés dans des situations malheureuses qu'il est difficile de toutes passer en revue et de classer.

Les enfants de filles-mères ;

Les enfants assistés parmi lesquels il est néces-

saire de distinguer, les *pupilles de l'Assistance publique et les enfants en dépôt* ;

Les enfants en détresse morale
semblent plus particulièrement intéressants à envi-

ENFANTS DE FILLES-MERES.

Les filles-mères amènent toutes leurs enfants dans un très mauvais état général, et ils meurent à l'hôpital dans la proportion de 60 %.

L'on constate aussi depuis plusieurs années la venue de filles-mères indigènes ; il était autrefois très exceptionnel d'en voir.

25 filles-mères ont été hospitalisées salle BOUILLAUD avec leurs enfants, en 4 ans :

- 21 Européennes ;
- 4 Arabes ;
- 0 Juive.

Mais il est passé dans cette salle un nombre beaucoup plus élevé d'enfants de cette catégorie durant cette même période, conduits par des nourrices mercenaires ou par l'Assistance publique à laquelle ils ont été remis dès leur naissance ou peu après.

Toutes ces femmes, assez souvent très jeunes, abandonnées brutalement pendant leur grossesse ou à la naissance de leur enfant, quelquefois si dévoyées qu'elles ne peuvent savoir à quel homme attribuer la paternité, sont rendues très misérables par ces fardeaux qu'elles aiment parfois, mais qui toujours leur pèsent. Sans ressources, elles ne peuvent le plus souvent songer à les élever, il faut qu'elles les laissent à d'autres pour pouvoir elles-mêmes travailler. Elles les confient généralement à des femmes indigènes qu'elles rétribuent et qui, dans la règle, ne s'occupent pas d'eux très sérieusement. Souvent d'ailleurs il faut

voir sous le couvert de cette séparation jugée nécessaire un geste qui équivaut presque à un abandon et nous nous souvenons de la réflexion d'une de ces malheureuses qui dans un autre service hospitalier nous disait, parlant de son enfant placé dans de semblables conditions : « Je lui sacrifie un après-midi de dimanche tous les mois ».

Salle BOUILLAUD, le tableau de ces enfants mourant dans un état lamentable de misère physiologique ou de gastro-entérite amène toujours à d'amères réflexions.

A côté, la mère semble parfois guetter favorablement cette fin qui la délivrera ; plus rarement elle témoigne d'une véritable douleur car elle sent que dans la vie elle sera désormais plus seule.

Les sept observations que nous avons retenues et dont quelques-unes sont antérieures à la période 1935-1938, montrent :

1°. — *Les difficultés rencontrées pour élever ces enfants :*

Obs. XVII.

Le 9 décembre 1930, Georges T. âgé de 8 mois, entre salle BOUILLAUD pour bronchite.

Sa mère, française, infirmière dans une clinique de la ville gagne environ 800 francs par mois, c'est une fille-mère abandonnée par son ami deux mois avant la naissance de l'enfant dont elle a seule la charge. Voici deux mois qu'elle est placée, et elle a confié son bébé à une nourrice qu'elle paye 300 francs.

Bientôt elle s'aperçoit que celle-ci présente des hémoptysies, elle aurait également une pleurésie. L'enfant lui est retiré et confié à une seconde nourrice pour 350 francs par mois. Mais cette femme ne s'occupe pas sérieusement de l'enfant, prépare mal les biberons, fréquemment l'emporte au cinéma. Il commence à tousser. Sa mère le reprend pour le faire hospitaliser, elle pense l'envoyer après guérison à Cons-

tantino chez des amis où elle espère qu'il sera dans de meilleures conditions d'hygiène.

Obs. XVIII.

Un bébé de 4 mois entre le 3 août 1937, meurt le 8 du même mois, de gastro-entérite ; il est né d'une fille-mère européenne qui l'avait mis en nourrice chez des indigènes.

Obs. XIX.

Une fille-mère indigène présente à la consultation un enfant de 18 jours pour le faire hospitaliser. Elle l'avait confié à une voisine pour pouvoir aller travailler. Sur les 150 frs qu'elle gagne mensuellement, elle devait lui donner 100 frs et 2 morceaux de savon pour deux biberons par jour.

2°. — *La charge qu'ils représentent pour leurs mères :*

Obs. XX.

Marcienne et Joséphine W. sont conduites par leur mère à l'hôpital le 10 octobre 1936, l'une parce qu'elle a de la diarrhée, l'autre parce qu'elle a mal aux yeux.

En réalité, la première va très bien et la seconde ne présente qu'une très légère conjonctivite.

Mais leur mère est une fille-mère abandonnée qui n'a pas de quoi les nourrir et qui depuis des mois se décharge des deux petites comme elle peut. Elle espère que l'hôpital les gardera assez longtemps.

Obs. XXI.

Le 14 mars 1931, une femme indigène de 30 ans, fille-mère venant de Tablat, entre salle BOUILLAUD avec un bébé âgé de 5 mois. Cette fillette l'empêche de reprendre son travail, elle désirerait s'en débarrasser. Elle essaye de la vendre 250 frs à une veilleuse de nuit, qui refuse. On l'a surprise plusieurs fois en train de la brutaliser.

Et qui se termine par l'abandon à l'assistance publique :

Obs. XXII.

En mai 1938, R. Paul, âgé de 5 mois, est hospitalisé pour débilité ; sa mère est une fille-mère espagnole, le père serait également espagnol.

L'enfant sort le 5 juillet, mais le 11 du même mois on le voit revenir sous un autre nom et sous un autre prénom, D. Marcel, amené par une nourrice indigène.

La mère l'a en effet abandonné à l'Assistance sitôt sa sortie de l'hôpital.

Il meurt quelques jours après.

3° *Un véritable amour maternel :*

Obs. XXIII.

Le 1^{er} mai 1933 entre salle BOULLAUD une femme espagnole de 24 ans, un peu simple d'esprit, que son amant a abandonnée dès la naissance de son enfant, celui-ci athrepsique, meurt quelques jours après.

Durant son séjour, elle a été touchante dans son amour maternel, et à son départ elle déclare : « Au moins je n'aurais pas été seule, si mon fils avait vécu ».

LES ENFANTS ASSISTES.

Les deux salles reçoivent aussi des enfants assistés. Le service des enfants assistés a été organisé en Algérie par décret du 6 mars 1907 reproduisant avec quelques modifications la loi du 27 juin 1904 appliquée en France ; c'est un service placé sous l'autorité du Préfet, administré par l'Inspecteur départemental de l'Assistance publique avec le concours d'un conseil de famille.

Les enfants assistés sont répartis en deux groupes :

- 1° Les pupilles de l'Assistance publique.
- 2° Les enfants placés sous la protection de l'Assistance publique.

1° *Pupilles de l'Assistance publique* : 3 catégories :

- a) Enfants trouvés, de parents complètement in-

connus, et reçus sur le vu du procès-verbal du commissaire de police du quartier où ils ont été trouvés.

b) Les enfants abandonnés, délaissés par leurs parents et déposés au Bureau des Entrées de l'hôpital de Mustapha (les enfants âgés de moins de 7 mois sont admis sans condition, les enfants âgés de plus de sept mois sont admis sous réserve d'une enquête à faire sur les causes de l'abandon). On range aussi parmi les enfants abandonnés, ceux dont les parents ont été déchus de la puissance paternelle.

c) Orphelins pauvres, sans moyens d'existence.

2°. *Enfants placés sous la protection de l'Assistance publique* : 3 catégories également :

a) Enfants en dépôt recueillis à titre temporaire par suite de l'hospitalisation ou de l'incarcération de leurs parents.

b) Enfants en garde et enfants moralement abandonnés, confiés par décision judiciaire à l'Assistance publique.

c) Enfants secourus, dont les parents manquent de ressources pour les nourrir et les élever et qui sont aidés par un secours temporaire.

I. LES PUPILLES DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE arrivent à l'hôpital amenés par leurs nourrices ou les familles auxquelles ils ont été confiés, ou bien évacués par les établissements qui en ont la charge, comme l'Orphelinat de Mustapha Supérieur.

Les enfants de 1, jour à 2 ans sont protégés par les dispositions de la loi Roussel appliquée en Algérie depuis le décret du 8 février 1876. Les pupilles de cet âge sont confiés à des nourrices.

« Le placement de ces nourrissons est très difficile à réaliser avec toutes les garanties d'hygiène nécessaires, dans des familles suffisamment aisées et confortables. Il était possible avant la guerre et on trou-

vait assez facilement des nourrices espagnoles ou italiennes ; aujourd'hui les nourrices ne se recrutent guère que dans les milieux sans grandes ressources, et, dans les villes, en particulier à Alger, les nourrissons vivent souvent pêle-mêle avec les indigènes dans de véritables taudis. « (1)

Obs. XXIV.

Andréa T., deux ans, espagnole, élevée au sein de la mère jusqu'à 13 mois. Devenue veuve, celle-ci se place comme ménagère et depuis cette époque a mis cette enfant en garde chez une mauresque qui lui donne la nourriture habituelle à son milieu. L'enfant comprend maintenant mieux l'arabe que le français.

Obs. XXV.

Georgette L., entre salle BOUILLAUD, en avril 1937, âgé de quatre mois, pour gastro-entérite aiguë.

Elle est accompagnée par sa mère, qui vit séparée de son mari depuis deux ans — celui-ci, chirurgien-dentiste en France aurait pris comme maîtresse la propriétaire du cabinet dentaire exploité. —

Cette femme a eu cette enfant d'un Polonais qui l'a abandonnée au 6^e mois de la grossesse et est allé s'engager en Espagne.

L'accouchement a eu lieu à la Maternité d'Alger. Le bébé a été nourri d'abord au sein puis très rapidement à l'allaitement mixte. Elle est confiée le 27 mars à une nourrice indigène qui demande 280 francs par mois. La mère la voit très souvent. Obligée de s'absenter trois jours en quête d'une place à l'intérieur, lorsqu'elle revient elle trouve l'enfant dans un très mauvais état général, présentant de la diarrhée verte et des vomissements. La nourrice lui a donné des biberons de lait condensé altéré. Un médecin a fait jeter la boîte.

1) Cité dans la notice N° 1 publiée par la direction de la Santé publique du Gouvernement Général de l'Algérie « Effort de l'Assistance Médicale en Algérie » (1933).

La petite Georgette est morte quelques jours après son hospitalisation.

Ce sont de telles femmes indigènes qui s'occupent des nourrissons de l'Assistance publique. Elles sont, certes, surveillées ; mais il est impossible le plus souvent d'obtenir d'elles une hygiène même élémentaire. Les enfants leur sont confiés avec une layette, ils n'en sont pas moins tenus pour la plupart, très mal proprement.

En voici deux recrutées dans d'assez curieuses circonstances :

Obs. XXVI.

Deux femmes indigènes, sœurs, amènent le 20 novembre 1936 salle BOUILLAUD deux enfants, l'un de neuf mois, l'autre de cinq mois, qui dépérissent, vomissent et ont de la diarrhée et qui leur ont été confiés par l'Assistance publique.

Toutes deux les avaient demandés à cette administration car, abandonnées par leur mari respectif partis avec tous les enfants, même ceux qu'elles nourrissaient encore au sein, elles avaient voulu utiliser leur lait et en tirer salaire.

La solution projetée depuis de nombreuses années vient de commencer à être réalisée puisqu'à la date du 15 février 1939, le premier enfant a été envoyé à la pouponnière annexée à l'Orphelinat-Hospice de Mustapha-Supérieur. Cette pouponnière est destinée à recueillir seulement les enfants trouvés ou abandonnés.

La mortalité des pupilles de l'Assistance publique dans les deux premières années est très élevée.

Dans le département d'Alger :

En 1932, sur les 54 pupilles de moins de un an :

19 sont morts : 35,17 % ;

Sur les 54 autres de un an à deux ans :

7 sont morts : 12,96 %.

A la salle BOUILLAUD, en quatre ans, sont passés :

56 pupilles de l'Assistance publique, parmi lesquels :

37 européens, 18 arabes, 1 juif.

Une notice officielle (1) déclare : « Le service des enfants assistés recueille tous les enfants abandonnés sans distinction. L'abandon des nourrissons indigènes est exceptionnel et, en cas de perte des parents, ils sont presque toujours recueillis par des parents ou amis. Les indigènes représentent à peine 1/6 des enfants assistés ». Cette proportion est sans contredit exacte, mais la raison nous échappe de savoir pourquoi ils constituent près du 1/3 des pupilles hospitalisés.

Sur ces 56 pupilles :

29 avaient moins de 1 an, 22 sont morts, soit 76 %.

27 avaient plus de 1 an, 8 sont morts, soit 30 %.

Il n'est pas besoin de commenter longuement ces chiffres ; leur triste éloquence pose dans toute sa gravité le problème si difficile à résoudre ici, à Alger, d'une assistance présentant toutes les garanties nécessaires aux tout petits.

Nous devons dire cependant que beaucoup de ces enfants sont des tarés ; dans d'autres cas, ils ont déjà beaucoup souffert lorsqu'ils sont pris par l'Assistance publique, notamment les enfants des filles-mères, qui constituent le plus gros contingent des enfants assistés.

Les circonstances d'*abandon d'enfants* sont quelquefois plus particulières.

Obs. XXVII.

Le 10 décembre 1936, une fillette indigène B. Aïcha, de l'intérieur est amenée à l'hôpital par son grand-père paternel pour être confiée à l'Assistance.

Le père de l'enfant a disparu, sa mère est retournée dans sa famille, mais là, on ne l'accepte que si elle abandonne sa petite. Celle-ci est donc laissée à son grand-père paternel ; il a déjà 5 enfants, il ne peut supporter cette nouvelle charge.

(1) « Assistance Médicale de la population indigène en Algérie ». Notice N° 2, éditée en 1934 par le Gouvernement Général de l'Algérie, direction de la Santé Publique.

Obs. XXVIII.

C'est un enfant d'âge et d'état-civil inconnus qui est hospitalisé pour diarrhée le 25 octobre 1937 salle BOUILLAUD.

Vingt jours auparavant, une femme indigène avait été abordée dans une allée de l'hôpital par une autre femme indigène qu'elle ne connaissait point et qui lui avait demandé de garder son enfant quelques instants pendant qu'elle allait chercher un objet oublié. Elle n'est point revenue, et le bébé a été porté à l'Assistance.

L'enfant est mort le 9 novembre 1937.

Obs. XXIX.

Le 18 février 1939, une jeune indigène, âgée de 3 ans environ est trouvée abandonnée dans le couloir d'un immeuble de la ville ; recueillie par l'Assistance elle est envoyée à l'hôpital.

Obs. XXX.

Le 28 avril 1938 entre salle BOUILLAUD un enfant européen V. Robert, né dans une commune de l'intérieur le 2 août 1935. Il a été trouvé par des Sœurs en tournée de soins au quartier « Le Ruisseau » à Alger, chez un cordonnier qui l'avait recueilli et le logeait dans une cage à lapins.

A ce moment, l'enquête sociale apprend que sa mère est internée à l'hôpital psychiatrique de Blida-Joinville et que le père, coiffeur, est un ivrogne qui a abandonné sa famille et habite à Blida.

Le grand-père maternel, petit industriel de la banlieue d'Alger, divorcé, a pris comme maîtresse sa dactylo avec laquelle il vit. C'est la grand-mère maternelle qui s'occupe de l'ainée des enfants du ménage, fillette de huit ans, en pension chez des Sœurs, à Blida, ainsi que de la dernière née, âgée de vingt mois et qu'elle garde chez elle.

Robert, lui, a toujours été « braque » selon sa propre expression, elle l'a abandonné ; nous avons vu en quel lieu il a été trouvé.

Il a encore un frère, âgé de six ans, qui est à l'orphelinat de Mustapha-Supérieur, son grand-père ne voulant payer pour lui aucune pension s'est « arrangé » avec l'Assistance.

Dans le service, Robert a présenté une coqueluche et a été évacué à l'hôpital d'El-Kettar dont il est redescendu le 20

juin 1938, mais depuis il n'a jamais été bien, il a présenté un état grippal, une otite, une gastro-entérite et l'on craint chez lui le développement d'une tuberculose. Il est toujours dans le service. Depuis son entrée il a cependant grossi de plus de 2 kgs, passant de 13 kgs 050 à 15 kgs 270.

Sa mère a été remise en liberté en mars 1939 et est venue le voir à l'hôpital, elle a habité un certain temps chez son père, maintenant elle est hospitalisée, en neurologie, salle BABINSKI.

Nous n'avons trouvé qu'une seule observation d'enfant séquestré.

Obs. XXXI.

T. Ali, petit arabe séquestré, maltraité par sa mère, est hospitalisé salle BOUILLAUD, en juin 1924. On l'a trouvé attaché dans un sac, dans un état de saleté effroyable, couvert de poux de bois et de vermine. Il était affamé et il s'est jeté comme une bête sur ce qui lui a été présenté.

II. ENFANTS PLACÉS SOUS LA PROTECTION TEMPORAIRE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE : ENFANTS EN DÉPÔT :

Les enfants en dépôt représentent une part très importante des enfants hospitalisés, ils sont particulièrement nombreux, salle BOUILLAUD :

Année	Nombre d'Enfants hospitalisés	Nombre d'Enfants en dépôt	parmi lesquels		
			Européens	Arabes	Juifs
1935	320	97	31	56	10
1936	330	94	33	51	10
1937	370	100	26	67	7
1938	351	122	22	95	5

Le pourcentage moyen des enfants en dépôt est de 30,1 %, parmi lesquels il y a 65 % d'arabes, 27 % d'européens, 8 % de juifs. Le nombre des enfants arabes en dépôt ne cesse d'augmenter.

La très grande majorité de cette catégorie d'en-

fants est ainsi hospitalisée parce que la mère est elle-même hospitalisée. Ces femmes sont surtout à la Maternité (30 %) et en chirurgie (26 %), puis en médecine générale (15 %) ou dans les services de tuberculeux (15 %) ; enfin, dans les autres services de spécialités. gynécologie, yeux).

Une quinzaine d'enfants entre, en moyenne, par an, pour diverses autres raisons et il faut s'élever contre la facilité avec laquelle certains certificats d'hospitalisation d'urgence sont établis sous la pression des familles et devant une situation sociale défavorable.

L'hôpital ne doit pas être considéré comme un refuge, même en médecine infantile.

Normalement, ne devraient être admis, salle BOULLAUD, que les enfants au sein au-dessous de deux ans et dont les mères sont hospitalisées.

Nourris au biberon, ils devraient être dirigés sur le bureau des nourrices et confiés à ces nourrices indigènes dont nous avons déjà parlé.

A partir de 3 ans, ils devraient être dirigés sur l'Orphelinat Hospice de Mustapha-Supérieur.

Il n'en est pas toujours ainsi :

Obs. XXXII.

Enfant indigène de 10 mois, dont la mère est décédée et que le père a confié à une parente qui l'a élevé jusqu'à présent. Maintenant celle-ci ne veut plus s'en occuper, le père l'amène alors à l'hôpital (26 septembre 1937). Il ne présente aucune maladie.

Obs. XXXIII.

En janvier 1930, Renée B., âgée de 4 mois, fillette juive bien portante est mise en dépôt salle BOULLAUD. Sa mère âgée de 21 ans, mariée à un dévoyé qui la brutalisait s'est vue dans l'obligation de s'en séparer après quelques mois d'union. Depuis cette époque (10 mois) bien que la circonstance de divorce ait été engagée, elle n'a jamais touché de pension

alimentaire et n'a pu vivre durant sa grossesse que grâce à ses frères et sœurs — tous ouvriers et ayant des enfants — qui l'ont hébergée tour à tour. La mère, atteinte de salpingite, nécessitant un repos prolongé impossible à observer chez sa sœur qui l'a recueillie, se réfugie à l'hôpital de Mustapha, salle NÉLATON.

Obs. XXXIV.

Jacqueline D., âgée de 2 ans, née à Paris d'une liaison entre une jeune Belge et un Indigène, est mise en dépôt salle BOUILLAUD. La mère enceinte, abandonnée depuis 4 mois, est venue à Alger dans l'espoir de se faire épouser par le père de ses enfants. Celui-ci faisant son service militaire prétend qu'il ne peut se marier actuellement. Seule, sans famille, sans argent, elle est entrée à la Maternité pour son accouchement qui est proche.

Obs. XXXV.

Claude Bez, âgé de 5 ans est mis en dépôt salle Claude BERNARD le 13 juillet 1937. Il est bien portant. Son père, arabe, est sergent au 65^e R.T.A. Sa mère, française, a quitté le domicile conjugal. Le père a demandé le divorce. Au bout de quelques jours, l'enfant est mis à l'orphelinat de Mustapha.

Parmi ces enfants, les uns sont sains à leur entrée ; leur séjour à l'hôpital se passe sans incident le plus souvent, mais certains y tombent malades.

D'autres sont malades au moment de leur hospitalisation.

Enfin de ces deux catégories, il en est qui meurent.

Voici une statistique très sommaire à ce sujet :

Années	Total	Sains restés sains	Malades ou tombés malades	Décédés à l'hôpital
1935	97	69	28	13
1936	94	78	16	7
1937	100	74	26	4
1938	122	103	19	11

Les 20 décès (16 arabes, 4 européens) des deux années 1935-1936 sont dûs à :

- 5 athrepsies,
- 4 accidents du sevrage,
- 3 tuberculoses pulmonaires,
- 3 entérites,
- 2 broncho-pneumonies.
- 1 rougeole,
- 1 méningite (?),
- 1 indéterminée.

Parmi ces enfants, 19 avaient leur mère hospitalisée.

Le fait surprend de voir dans une même salle, et le plus souvent côte à côte, des enfants en dépôt sains et des enfants malades. D'autant plus que ces enfants en dépôt à cause de la maladie de leur mère se trouvent dans des conditions de moindre résistance ; l'allaitement purement maternel ne pourrait être maintenu, de ce fait ; d'ailleurs l'allaitement mixte devient obligatoire pour tous en raison de l'impossibilité dans laquelle on se trouve de les conduire à leur mère au moment des deux têtées extrêmes de la journée.

Dans certains cas même ils doivent être sevrés, l'état de la mère l'obligeant : intervention chirurgicale, tuberculose pulmonaire...

LES ENFANTS EN DETRESSE MORALE.

L'on conçoit aisément que dans un tel milieu l'on trouve des enfants en détresse morale.

Pour beaucoup des *enfants européens* l'atmosphère familiale est rendue lourde, non seulement par les incertitudes du lendemain, mais aussi par la mésentente, les querelles des parents et, parfois, leur moralité plus que douteuse.

La mort ou le départ de la mère, du père ou des

deux, entraîne des situations de famille dont pâtissent toujours les enfants. Ils grandissent à l'abandon, sans être entourés d'une véritable affection ; souvent on leur fait durement remarquer la charge qu'ils représentent.

Les pupilles de l'Assistance publique, élevés en groupe, embrigadés, ne connaissent jamais les caresses d'une mère ; très rares sont ceux qui sont adoptés et qui ont au moins l'illusion du foyer.

Parmi tous ces enfants, certains semblent inconscients ; ils végètent dans une atmosphère plus ou moins lamentable ou perverse, mais ils sont tout préparés à devenir plus tard les pires épaves de la société.

D'autres comprennent douloureusement à certaines heures leur triste sort et établissent des comparaisons. Leur état d'âme ne peut être que très fâcheusement impressionné.

A la salle Claude BERNARD, où les enfants commencent à réfléchir, l'on voit toutes les gradations de ces dispositions d'esprit.

Tout récemment, une fillette et un garçon y ont été hospitalisés.

Obs. XXXVI.

Marcelle A., fillette européenne de 12 ans, entre le 24 mai 1939. Elle a été hospitalisée beaucoup plus par commisération que dans un but de traitement.

decin inspecteur des écoles à l'occasion de la visite annuelle

C'est une enfant misérable qui a été examinée par un médecin passé pour l'établissement du carnet de santé individuel. Elle était vêtue de guenilles, son corps était très sale et couvert de piqûres de punaises, de puces et de poux.

La Directrice lui donne parfois des vêtements, la baigne, s'occupe de sa chevelure, mais elle ne peut arriver à la faire tenir propre.

L'enfant habite chez une tante, sœur de sa mère, en pleine Casbah, au milieu de la population indigène. L'assistante so-

ciale s'est rendue à domicile. Dans une seule pièce humide où règne une odeur infecte et dont la saleté est véritablement repoussante vivent 6 personnes : la tante, son mari, pêcheur, leurs trois jeunes enfants et Marcelle.

La situation économique de la famille est très critique. Marcelle, enfant unique, a perdu son père alors qu'elle était toute petite ; sa mère n'a point tardé à fréquenter un individu très louche avec lequel elle est bientôt partie. Depuis plusieurs années elle est fille publique dans un gros village de l'intérieur et il y a très longtemps qu'elle n'a point vu son enfant, elle envoie 50 frs par semaine à sa sœur pour sa nourriture et son entretien.

Interrogée sur sa maman, la fillelette s'est montrée très gênée et, rougissante, a murmuré : « Je ne peux pas aller avec elle, il y a trop d'hommes autour ».

Obs. XXXVII.

W... Désiré, âgé de 14 ans, est hospitalisé pour fièvre continue le 11 mai 1939, venant de l'Orphelinat de Mustapha-Supérieur qui l'a recueilli il y a un peu plus d'un mois.

Sa mère, née en Alsace, est morte de tuberculose pulmonaire à Géryville en février 1937, à l'âge de 40 ans.

Son père a été trouvé, écrasé et la gorge tranchée sur une voie ferrée, au village des Attafs, en août 1938. Il avait 39 ans.

Le malheureux menait depuis quelques années une existence misérable. Originaire de Suisse, il avait séjourné très jeune en Alsace où il avait connu sa future femme. Il l'avait rejointe et épousée après un service de cinq ans dans la Légion Etrangère, à Sidi-Bel-Abbès et au Maroc.

Tous deux étaient revenus rapidement en Afrique du Nord où l'homme avait contracté un engagement de dix ans dans l'armée coloniale. La naissance de Désiré, le seul enfant du ménage, lui valut de ne point être envoyé dans les colonies plus lointaines.

Cette période de dix ans écoulée, la famille s'était installée à Sidi-Bel-Abbès où elle ouvrit un restaurant fréquenté par des légionnaires ; là, l'enfant, au retour de l'école, aidait au service et il apprit ainsi à parler la langue allemande, mais il n'a jamais su ni l'écrire, ni la lire.

La grand-mère maternelle, seule survivante des grands pa-

rents, vint les rejoindre, elle fit la connaissance d'un sous-officier, légionnaire, et vécut avec lui, chez eux.

Les affaires périclitèrent et bientôt ce fut la faillite ; la grand'mère, mal conseillée, ne voulut point les aider, ils quittèrent le pays. Ils installèrent à nouveau un restaurant dans un village où se trouvaient en garnison des légionnaires. Il y en avait déjà un ; les deux établissements se livrèrent une guerre commerciale ; à la suite d'un tapage nocturne le capitaine, chef de poste, fit fermer pour trois mois celui tenu par les parents de l'enfant. Ceux-ci restèrent sur les lieux environ un mois, puis partirent pour Géryville, où l'homme fit de la menuiserie, des travaux de peinture, pour finalement être employé au service de la voirie. C'est là que la mère mourut. Le père et l'enfant y restèrent un an encore. Puis leur existence devint très errante et leurs moyens de vivre très aléatoires, vendant de village en village des produits de peinture. Ils arrivèrent ainsi à Orléansville où pendant quelques mois le père fut employé comme peintre. Il avait depuis 4 à 5 jours une nouvelle place, aux docks des Attafs, quand il fut trouvé assassiné et écrasé sur la voie ferrée.

Son fils ne l'avait pas suivi, atteint de paludisme, il avait été confié à un ami. Après la mort du père, il fut hospitalisé à Orléansville et il avait été recueilli par le Directeur de l'Hôpital, mais celui-ci, mobilisé en avril 1939, s'était vu contraint de le mettre à l'Orphelinat de Mustapha-Supérieur, à Alger.

Son protecteur continue à s'occuper activement de lui, et il reste à décider si l'on doit le confier à sa grand'mère maternelle ou à une tante, sœur de son père, qui habite en Alsace.

La grand'mère lui écrit quelquefois, il a reçu une lettre, il y a quelques jours, rédigée en allemand ; une infirmière de la Croix-Rouge la lui a traduite.

C'est un enfant intelligent et très doux qui nous a donné lui-même les renseignements ci-dessus, en témoignant d'une philosophie de la vie déjà désabusée... si compréhensible chez lui.

Le spectacle émeut de ces enfants dont la gravité du visage et les propos teints d'amertume reflètent les douleurs d'une âme qui a souffert et qui souffre.

La détresse morale est quelquefois telle que le suicide a pu être envisagé, nous en rapportons un cas :

Obs. XXXVIII.

Le 14 octobre 1938, un enfant juif de 12 ans, K. Simon, est hospitalisé salle Claude BERNARD. Il avait essayé de se suicider en se jetant à l'eau mais il avait été sauvé par un pêcheur. Interrogé, il a déclaré : « j'en ai assez de la vie ». Orphelin, il vit avec son oncle et sa tante, et il ne semble pas que ceux-ci le maltraitent. Ils le reprennent trois jours après, l'état général de l'enfant étant satisfaisant.

Ne voit-on pas, du reste, grandir le nombre de ces suicides d'enfants ou d'adolescents. Ils s'observent plus spécialement à la suite d'échecs aux examens sous l'influence du découragement ou par crainte de représailles familiales. Il semble qu'il se crée là une sorte de psychose qui demanderait à être plus spécialement étudiée.

Et comment donc se comportent en face de leur misère ces *enfants indigènes* qui errent nombreux dans les rues de la ville, plus ou moins abandonnés, en quête de quelques sous qu'ils gagnent en portant les provisions des ménagères ou en guettant les passants pour cirer leurs souliers.

Ces enfants souffrent-ils moralement ? Il serait téméraire de dire non. Plus tard, certes, le fatalisme va régenter leurs attitudes d'adultes et ils subiront stoïquement les pires épreuves. Mais l'âme de ces jeunes « yaouleds » n'a-t-elle point au moins pendant un certain temps les mêmes résonnances douloureuses que celles des petits européens ? Il le paraît bien si l'on doit en juger par les témoignages d'attachement que prodiguent parfois au personnel médical et infirmier ceux qui sont hospitalisés. Cependant leur sentimentalité d'enfants n'est point très affinée. Elle va vite se

durcir dans tous les combats de la rue, terrain de choix de leur concurrence vitale.

Dans leurs foyers ou dans les familles où ils sont hébergés, ils ne sont point choyés ; ils n'ont reçu de témoignages d'affection que lorsqu'il étaient des nourrissons ; plus tard on ne s'est guère occupé d'eux. Au retour de leurs déambulations à travers la ville, ils retrouvent avec le taudis un état de civilisation rudimentaire, limité à la satisfaction des instincts élémentaires et l'acceptation résignée de pénibles difficultés. Ils grandissent dans cette atmosphère, ces conditions de vie leur paraissent naturelles.

L'HABITAT.

Dans l'étude de ce milieu social il nous faut envisager la question de l'habitation. Il est bien évident que lorsque l'on parle d'assistance, surtout d'assistance médicale, le problème est d'importance. Dans de nombreux cas le sauvetage d'une famille ne peut être envisagé qu'en l'installant dans des conditions d'hygiène satisfaisantes.

D'une manière générale, *les enfants européens et juifs*, hospitalisés dans les deux salles, vivent dans des logements assez convenables ; dans bien des cas cependant leurs parents sont des gens sales et l'on peut à leur sujet rapporter cette opinion exprimée à propos des habitations à bon marché : « il est prématuré de s'imaginer avoir tué le taudis lorsque l'on se borne à transférer, sans éducation préalable, ces tributaires dans une habitation saine. Quatre murs propres ne font à coup sûr une demeure hygiénique ». (1)

Il arrive cependant assez souvent que les conditions

(1) In « Révélation sur la santé des jeunes travailleuses » par Céline LHOTTE et Elisabeth DUPEYROT.

d'habitations soient à priori très défectueuses, nous en avons maints exemples, parmi lesquels ceux-ci :

Obs. XXXIX.

En 1935. C. Georges âgé de 5 ans, entre à Claude BERNARD présentant une pleurésie séro-fibrineuse ; il a 4 frères ou sœurs vivants, 6 autres sont morts en bas-âge, le père tousse, crache et est très amaigri, la mère est en assez bonne santé. Toute la famille vit dans une cave qui n'a comme ouverture qu'une petite fenêtre. Il n'y a qu'un seul lit.

Obs. XL.

En septembre de la même année, un jeune italien de 7 ans est hospitalisé également pour une pleurésie séro-fibrineuse ; la famille, composée de 6 personnes, vit dans une seule pièce humide qui ne voit jamais le soleil. Un autre enfant a eu une pleurésie.

Obs. XLI.

Q. Elie, juif de 13 ans, entre le 10 mars 1936 à Claude BERNARD avec une bacilliose ganglio-pulmonaire ; son père a eu des hémoptysies dans son jeune âge, un autre enfant plus jeune est à surveiller. Là, 10 personnes vivent dans deux pièces non ensoleillées.

Obs. XLII.

Au début de 1939, une fillette espagnole de 14 ans mourrait saïle Claude BERNARD de « phtisie galopante ».

Sa mère aurait voulu l'avoir près d'elle dès le moment où le pronostic avait été jugé fatal ; elle s'était néanmoins rangée aux conseils donnés, car dans la sorte de cave qui servait de logement à la famille, il y avait des enfants plus jeunes et l'isolement était impossible.

Dans certains cas, le fait d'avoir des enfants devient un obstacle pour se caser.

Obs. XLIII.

Madame Y. 23 ans, dont le mari est chauffeur de poids lourds et gagne 35 frs par jour, entre à l'hôpital le 9 juin

1931 avec son quatrième enfant, Gaston, âgé de 5 mois, hypothrepsique et vomissant presque tous les biberons. Il est élevé artificiellement, la mère n'ayant pas de lait. Les trois autres enfants sont âgés de 7, 4 et 2 ans. Cette famille, de souche espagnole, composée de 6 personnes, habite quartier Nouvel-Ambert dans une seule pièce, au rez-de-chaussée, la pièce n'a pas de fenêtre.

Elle a trouvé d'ailleurs difficilement à se loger, on ne veut pas la recevoir car, pense-t-on, « les gosses cassent tout ».

Dans un autre cas, le propriétaire d'un appartement a déclaré : « j'aime mieux avoir comme locataires des ménages avec chiens que des ménages avec enfants ».

Quant aux enfants indigènes, leurs conditions d'habitation sont toujours lamentables.

La plus grande partie des Arabes ou Kabyles d'Alger habite la Casbah, quartier pittoresque, certes, où sont conduits les touristes à la recherche de couleur locale, mais que ne connaissent vraiment que « le paria qui y vit et le médecin qui y soigne ». (D^r TAMZALI).

ROUSSET écrit dans sa thèse (Alger 1935) :

« Là, sur une superficie de 25 hectares vivent 50.736 âmes dont 42.702 indigènes. Et encore n'est pas recensée une population flottante très importante, atteignant approximativement le 1/4 de celle déclarée. En 10 ans, la population de ce quartier est passée de 29.737 à 42.702, or d'après les données de l'Etat-civil l'excédent des naissances sur les décès durant ce même temps n'a pas dépassé 354 unités. Il y a donc eu afflux des indigènes de l'intérieur ».

Autrefois, suivant la coutume arabe, la cour intérieure des maisons, vaste, ensoleillée, suppléait à l'exiguïté de la rue, mais le tassement dans cet espace restreint d'une population sans cesse plus importante a fait de la demeure, jadis confortable, une multitude d'étroites pièces, par cloisonnements successifs; la cour a disparu ou est devenue une sorte de hall

malodorant que l'on reconnaît à peine et autour duquel s'édifient, suivant les exigences de la nécessité, d'in vraisemblables réduits, sur plusieurs étages.

Nous avons eu l'occasion, récemment, d'aller visiter une femme malade. Après avoir grimpé un escalier très raide et tout juste assez large pour nous livrer passage, nous sommes tombé sans transition dans un réduit à peine haut de 1 m. 50, nous ne pouvions pas nous tenir debout, long de 3 m. environ, large de 1 m. 50 ; pour toutes ouvertures, la porte donnant sur l'étroit escalier et un trou dans le mur de 30 cm sur 20 cm., par lequel pouvait arriver l'air de la ruelle.

Là, vivait un ménage et ses deux enfant, le loyer était de 50 fr. par mois. L'homme nous apprit que, sans travail à la campagne, il avait dû venir, il y a un an, à la ville pour pouvoir donner à manger à sa famille et qu'il n'y arrivait qu'avec peine.

Dans cette zone, il y a 2000 habitants par hectare ; à Paris dans les quartiers les plus peuplés, on en compte 1.700 au maximum.

La densité humaine par pièce est de 3,3 à la Casbah, et l'on voit ce qui est le plus souvent considéré comme pièce ! elle est de 0,9 dans le quartier européen Agha-Plateau Saulière, où la densité par hectare est de 200.

Le prix du loyer rapporté au mètre carré s'élève : à 4 à 5 francs dans les habitations à bon marché indigènes, 10 francs dans les maisons modernes de la ville, 15 à 20 francs à la Casbah. (ROUSSET).

« Pour déjouer la spéculation, cette population n'a trouvé qu'un moyen : les déménagements successifs ; elle se procure par des prêts, le plus souvent, le prix des premiers mois de loyer, puis exploite jusqu'au renvoi ou départ furtif la patience du propriétaire ».

(Un enfant de trois ans est entré 4 fois dans le service avec 4 adresses différentes, en l'espace de 8 mois).

La loi Loucheur n'a, d'autre part, pas réalisé les espoirs fondés sur elle.

Obs. XLIV.

X., wallman de tramway, arabe, habite avec sa femme, ses quatre enfants, sa mère et sa sœur, un appartement de deux pièces et une cuisine au 3^e étage d'un immeuble des habitations à bon marché.

Il tombe un jour malade et fait venir chez lui un médecin. Celui-ci le visite, vers 17 heures. Il nous a fait la description suivante de cet appartement en imminence de devenir un taudis.

Des nattes sont étendues dans le couloir. La cuisine, petite est très malodorante ; le potager n'est pas utilisé ; à terre est allumé un « kanoun » (1), autour duquel des paillassons sont disposés, ils sont parsemés de détrituts de toutes sortes parmi lesquels on reconnaît les restes du repas familial pris à la mode orientale. La première pièce devait être destinée à la salle à manger, mais la table recouverte d'une poussière épaisse est repoussée dans un coin et touche au buffet, des chaises en paille sont posées ou renversées sur elle. L'espace vide restant est aménagé en chambre à coucher : des simples nattes ont été jetées sur le carrelage, des coussins crasseux sont épars.

Dans la deuxième pièce se trouve le malade ; il est juché sur un haut lit arabe, en fer ; de nombreux bouts de cigarettes et des crachats souillent le parquet. Toute la famille est réunie là.

SITUATION ECONOMIQUE.

Ce milieu hospitalier est pauvre, misérable même.

La quasi totalité des hospitalisés des deux salles est constituée par des indigents.

(1) Petit récipient en terre où brûle du charbon de bois, c'est le fourneau habituel des indigènes.

En 1938, on a compté :

Salle BOUILLAUD : sur 463 entrées, 445 indigents.

Salle Cl. BERNARD : sur 294 entrées, 277 indigents.

A Alger, on considère comme indigents les Européens mariés sans enfants ou célibataires qui ont un salaire annuel inférieur à 12.000 francs ; pour ceux qui ont des enfants, chaque enfant élève de 1.000 frs ce chiffre.

Pour les communes de l'intérieur, il n'y a pas de règle générale précise, chacune d'elles appréciant à sa manière.

Quant aux indigènes, ils sont admis de la manière la plus libérale ; en effet sont classés indigents ceux qui figurent sur les rôles d'impôts pour un total inférieur à 50 francs, ce qui est l'immense majorité.

Européens ou Indigènes, tous sont reçus, sans aucune distinction dans les mêmes salles, dans les mêmes lits, ils sont nourris avec le même régime.

Si la proportion des indigènes est si élevée, cela tient aussi au prix trop élevé de la journée d'hôpital que beaucoup d'ouvriers assez aisés ne peuvent payer.

En effet le tarif « payant » est actuellement le suivant, par jour :

enfant de 1 jour à 16 mois 21 francs

(au sein ou au biberon)

enfant de 16 mois à 13 ans . 42 francs

nourrice 52 francs

enfant de 13 ans à 15 ans . 52 francs } tarif adulte

Il est surprenant de voir que les enfants de la salle « Claude BERNARD » de 13 à 15 ans paient comme des adultes ; ils sont en effet enregistrés comme tels sous les dénominations « Claude BERNARD femmes », « Claude BERNARD hommes ».

Il est bien évident que l'hospitalisation d'une mère

et de son enfant payants un tel tarif, représente une charge écrasante pour un ménage dont les ressources, le plus souvent à peine supérieure aux limites prévues, ne permettent pas de le classer parmi les indigents.

Obs. XLV.

Une femme française est hospitalisée en juin 1938 avec son fils âgé de 20 mois, présentant une paralysie infantile. Son mari est employé comme charpentier aux travaux du barrage du Hamiz (à une trentaine de kilomètres d'Alger); il gagne en temps ordinaire environ 1.400 francs par mois, mais les travaux ont été interrompus pour trois mois, il est à l'heure actuelle en chômage forcé. Il n'est point considéré comme indigent et est obligé de payer l'hôpital, soit plus de 90 francs par jour. L'Assistante sociale a pu obtenir de l'administration des tickets de traitement par les agents physiques, moyennant redevances, de manière à ce que l'enfant puisse recevoir les soins nécessités par son état sans qu'il soit hospitalisé.

Obs. XLVI.

En juin 1939, un bébé espagnol de vingt jours est hospitalisé avec sa mère par l'intermédiaire de la consultation annexée au service. On craint une sténose pylorique. Mais renseignée, sur le prix que lui coûtera ce séjour, celle-ci a quitté le lendemain la salle BOULLAUD, emmenant son enfant.

Ainsi tous ceux qui sont hospitalisés sont, à quelques exceptions près, des indigents. Il n'est point besoin de s'étendre longuement sur leur état de misère. Très souvent elle atteint des degrés extrêmes surtout chez les indigènes.

L'asthénie des mères, l'état de dénutrition des enfants en sont les témoins fidèles. Dans presque tous les ménages le père est chômeur, et il y a pourtant une nombreuse famille à nourrir ; les secours sont toujours difficiles à obtenir et sont toujours insuffisants.

L'Assistante sociale n'a, bien des fois, rien à mettre dans les colonnes « gains » et « secours » de ses fiches, ou bien... si peu.

Obs. XLVII.

Une femme arabe, âgée de 28 ans, fatiguée, dyspeptique entre salle BOUILLAUD, le 27 avril 1939 avec son nourrisson de 15 mois présentant une pneumonie du sommet droit. Elle a été abandonné par son mari, il y a neuf mois, parce qu'elle était malade, et a été recueillie avec ses trois enfants — trois autres sont morts — par sa sœur, mariée, ayant elle-même deux enfants et hébergeant déjà sa mère. Au total il y a donc neuf personnes, qui vivent dans une seule pièce, louée 50 francs par mois.

L'homme travaille dans un chantier réservé aux chômeurs et rapporte 10 francs par jour ; sa femme fait un ménage le matin et gagne 100 francs par mois.

Dans de nombreux autres cas, la situation est plus désastreuse encore.

Le Milieu Pathologique

- *Tuberculose.*
 - *Syphilis.*
 - *Paludisme.*
 - *Rachitisme.*
 - *Troubles digestifs.*
 - *Maladies infectieuses et parasitaires.*
 - *Cardiopathies.*
 - *Arriération mentale.*
 - *Dermatoses parasitaires.*
-

Pour entreprendre une action sociale telle que celle que nous étudions, une exacte connaissance du milieu pathologique où elle doit s'exercer est indispensable.

Dans ce but nous avons relevé les maladies observées dans les deux salles durant les quatre dernières années.

Nous avons dressé deux tableaux, un pour chaque salle, dans lesquels nous avons seulement relevé les affections que nous avons jugées intéressantes en raison de leur fréquence absolue et aussi par la part qui revient à chaque race dans le total de chacune d'elles.

L'on s'étonnera sans doute de ne point voir figurer dans ces tableaux la syphilis et le rachitisme. C'est que les chiffres que nous avons relevés ne pouvaient donner une idée suffisamment juste de la diffusion de ces deux maladies dans ce milieu. En effet, les

SALLE BOUILLAUD
(Enfants seulement)

MALADIES	Europ.	Arabes	Juifs	Total
Tuberculose pulmonaire	27	74	4	105
Troubles digestifs	120	63	20	203
Cachexie	30	39	3	72
Pneumonie	24	17	7	48
Broncho-pneumonie	20	17	7	44
Bronchite	28	13	2	43
Etats méningés, Convulsions..	17	21	4	42
Débilité	14	19	6	39
Troubles cutanés (gâle...) (1) ..	15	23	3	41
Paralysies	10	9	1	(2) 20
Paludisme	5	7	0	12
Idiotie	6	4	0	10

SALLE CLAUDE-BERNARD

MALADIES	Europ.	Arabes	Juifs	Total
Tuberculose pulmonaire	41	125	10	176
Pleurésie séro-fibrineuse	15	20	2	37
Péritonite tuberculeuse	1	32	0	33
Méningite tuberculeuse	7	7	1	15
Erythème noueux	2	5	2	9
Bronchite	16	49	4	69
Pneumonie	21	6	1	28
Typhoïde	53	17	6	76
Paludisme	16	30	2	48
Cardiopathies	14	24	7	45
Chorée	20	7	9	36
Vcrs intestinaux (3)	2	15	1	20

- (1) Il n'a été tenu compte que des cas où les troubles cutanés ont nécessité seuls l'hospitalisation.
 (2) Dont 12 paralysies infantiles.
 (3) Il n'a été tenu compte que des cas où le parasitisme intestinal a été seul trouvé, dans bien d'autres cas il y avait coexistence, notamment avec la tuberculose pulmonaire.

enfants seulement hérédosyphilitiques sont rarement hospitalisés, ils sont retenus et traités à la consultation annexée au service qui joue pour eux le rôle de dispensaire anti-syphilitique. Cette même considération s'applique aux enfants rachitiques que l'on voit cependant plus fréquemment dans les salles, soit qu'ils présentent un rachitisme grave, soit que l'on observe ce rachitisme à l'occasion d'autres affections ayant nécessité une hospitalisation.

Nous envisagerons cependant ces deux affections.

Le fait qui frappe le plus c'est l'importance de l'atteinte tuberculeuse.

LA TUBERCULOSE.

Nous la voyons progresser ; salle Claude BERNARD durant les années 1935 et 1936 elle représentait, sous diverses manifestations le 25 % de la morbidité, elle est passée à 30 % au cours des années 1937 et 1938, et si l'on considère que dans les deux salles il y a 50 % d'Arabes, 40 % d'Européens et 10 % de Juifs, il devient évident que proportionnellement, ce sont les premiers qui sont les plus frappés et de beaucoup, et les Juifs le sont un peu moins que les Européens.

Beaucoup d'auteurs ont signalé la non réceptivité que présenterait la race juive à l'égard de la tuberculose, les chiffres que nous avons relevés ne nous autorisent pas à conclure dans ce sens d'une manière aussi nette.

Mais ce sur quoi nous devons insister c'est sur la très grande diffusion de la tuberculose chez les indigènes, notamment à Alger. Sur ce point tous les auteurs sont d'accord.

Lucien RAYNAUD, SOULIE et PICARD écrivaient après

une enquête faite en 1929 :

« A Alger, la mortalité indigène par tuberculose oscille entre 69,03 et 105,03 pour 10.000 habitants, alors que pour l'euro péen elle oscille entre 18,06 et 25,78 », et plus loin « dans le quartier de la Casbah dont l'insalubrité est un défi à l'hygiène, l'on meurt deux fois plus, l'indigène y est 6 fois plus tuberculeux que l'euro péen de la ville ».

Dans les conclusions de sa thèse (1930) inspirée par M. le Professeur GILLOT, M^{le} FORGEOT déclare :

« La tuberculose pulmonaire est devenue la maladie prédominante des nourrissons indigènes d'origine arabe ou kabyle habitant à Alger... D'année en année la tuberculose pulmonaire augmente de fréquence chez ces nourrissons ; sur 100 décès de 0 à 2 ans, 1/3 environ est dû à la bacillose pulmonaire ».

Et LEMAIRE signale dans son étude « les 18 ans du bureau d'hygiène de la Ville d'Alger » que les indigènes meurent trois fois plus de tuberculose que les européens ; celle-ci tue en effet 7,7 indigènes de tous âges pour 2,6 européens par 1.000 habitants de chaque catégorie. La mortalité générale étant pour ce même chiffre de 29,6 indigènes et 15,7 européens.

M. GILLOT a rappelé en 1905 dans un compte-rendu au Congrès International de la tuberculose tenu à Paris, qu'à l'époque de la conquête de l'Algérie on avait remarqué que les Arabes n'avaient pas la tuberculose et que BOUDIN en 1843 pensait qu'il y avait antagonisme entre le paludisme et cette infection et il a noté que le contact entre les races indigènes et européennes avaient bien changé les choses.

Une statistique personnelle faite à l'hôpital de Mustapha lui avait montré que sur 100 morts par tuberculose :

41,98 étaient fournies par des Européens émigrés ;

25,84 par les Algériens, fils d'Européens ;

27,48 par les Arabes d'Alger ;

2,75 par des Arabes émigrés (Maroc, Soudan).

le reste étant fourni par quelques unités d'éléments étrangers, marins de passage, etc...

En 1933, au 3^e Congrès de la Fédération des Sociétés Médicales de l'Afrique du Nord, MM GILLOT et SARROUY ont étudié dans leur rapport, la tuberculose chez les enfants indigènes en Algérie et i's peuvent écrire :

« La nosographie infantile des populations indigènes de l'Algérie a été, en grande partie, représentée par deux infections aiguës et chroniques : le paludisme et la syphilis.

« Mais depuis un certain nombre d'années la tuberculose s'y est adjointe. A telle enseigne que de nos jours, dans les agglomérations indigènes de nos grandes villes, la pathologie infantile se trouve en partie dominée par elle. »

C'est de ce rapport que nous tirons les considérations suivantes :

L'exode des ouvriers indigènes dans les villes de la Métropole — 40.000 partent annuellement — a créé surtout depuis la guerre de 1914 un mouvement d'apport et de propagation tuberculeux.

Les travailleurs tuberculisés en France et revenant dans leurs villages et leurs gourbis y ont vite contaminé femmes et enfants.

Ces auteurs ont ainsi vu mourir de tuberculose aiguë un kabyle, sa femme, sa belle-sœur et ses deux jeunes enfants en l'espace de deux années.

Les enfants sont les plus atteints, l'infection est d'autant plus grave chez eux qu'ils sont contaminés

d'une manière plus précoce. La tuberculose atteint pour eux, comme pour les adultes son maximum de fréquence sur les rives méditerranéennes et son minimum au Sahara, elle atteint son plus grand degré dans les populations sédentaires agglomérées des grands centres.

La contamination tuberculeuse de l'enfant indigène est le fait de la contagion familiale.

« Pour quiconque est au courant des mœurs irré-
« ductibles de nos indigènes, il est aisé de compren-
« dre combien cette contagion peut être massive, ré-
« pétéée, puissante et nocive pour leurs enfants ; les
« voies de pénétration des bacilles de Koch étant
« d'ailleurs multiples : voies respiratoires, digestive
« ou cutanée. Que ce soit à la Casbah d'Alger, dans
« la maison berbère en Kabylie, sous la tente des
« bergers ou des nomades, ou bien encore dans la
« demeure en torchis des oasis du Sud, peu importe !
« c'est partout la même promiscuité, le même entas-
« sement nocturne, la même saleté, la même insalu-
« brité malodorante, le même manque abso'u d'hy-
« giène.

« Les gens s'y groupent pêle-mêle, et, souvent avec
« leurs animaux domestiques. Ils se servent d'usten-
« sil'es uniques pour tous les membres de la famille,
« buvant à la ronde l'eau ou le petit-lait dans un seul
« récipient malpropre.

« Le contact du nourisson avec sa mère est incen-
« sant. On peut dire que le bébé, jusqu'à ce qu'il
« marche tout seul, est attaché jour et nuit, comme
« un parasite, à sa maman. Que cette dernière soit
« tuberculeuse pulmonaire, il le sera inévitable-
« ment.

« Une détestable habitude des parents est d'em-
« brasser souvent leurs petits à pleine bouche et de

« leur essuyer, avec des paumes de mains plus que
« douteuses, les lèvres ou le nez qui coule !

« Les bébés ont une peau mal soignée, souvent avec
« des lésions dues à des poux ou à la gale, et, en été,
« dans le Sud surtout, on les voit dormir les yeux
« châssieux recouverts, ainsi que la bouche et les
« narines, de vrais paquets de mouches.

« Une fois devenus plus grands et dès qu'ils mar-
« chent, ces enfants indigènes s'en vont toujours
« nu-pieds sur un sol constamment souillé et pren-
« nent leur nourriture, couscouss, fruits et galettes
« avec des mains ayant touché toutes sortes d'im-
« mondices.

« En plus, ils sont souvent prédisposés par les ta-
« res héréditaires, comme la syphilis, sinon par hy-
« poalimentation et misère physiologique, à toutes
« les infections.

« Que, dans de telles conditions, le foyer des indi-
« gènes soit visité par la tuberculose, leurs enfants se-
« ront, à coup sûr, les victimes du bacille de Koch ! »

(Pr. GILLOT et SARROUY)

LA SYPHILIS.

Malgré la lacune de chiffres personnels nous ne de-
vons pas passer sous silence la syphilis, si répandue
en Algérie.

Le rapport de M. le Professeur GILLOT et de MA-
CHUEL « La Syphilis infantile en Algérie » au 4^e Con-
grès de la Fédération des Sociétés Médicales de l'Afri-
que du Nord, tenu à Tunis en 1934, fournit les préci-
sions nécessaires.

« La syphilis infantile est très fréquente en Algérie,
l'hérédo-syphilis le résume en grande partie. »

Là, on ne peut accuser les Européens de l'avoir ap-
portée, BERTHERAND écrivait en 1855 « cette affreuse

syphilis qui ronge le peuple algérien sous toutes ses formes. »

La syphilis acquise est relativement très rare chez les enfants, plus rare qu'autrefois à cause, surtout, des soins plus grands apportés dans la pratique de la ligature du cordon des nouveau-nés, dans celle de la circoncision et de la vaccination. MONTALDO a donné dans sa thèse le pourcentage suivant des enfants syphilitiques reconnus à la clinique médicale infantile d'Alger.

Européens	8,79
Arabes	15,10
Kabyles	12,11
Juifs	12,72

Ce pourcentage est très faible en proportion de l'étendue de la syphilis infantile, mais il n'a tenu compte que des cas où l'hérédo-syphilis a été reconnu cliniquement d'une manière non douteuse.

Aux consultations de la S.S.B.M., auxquelles ne passent que des indigènes arabes ou kabyles, ont été reconnus cliniquement spécifiques :

27,5 % d'enfants de 1 à 2 ans ;
29,9 % d'enfants de plus de 2 ans ;
28,9 % de femmes enceintes.

CHOUSSAT note à la consultation des nourrissons de la Maternité qui voit des enfants de 0 à 3 ans :

En 1930 33 % d'hérédo-spécifiques ;
en 1933 21,97 %

L'enfant indigène de moins de trois ans est deux fois plus frappé que l'enfant européen.

« Quant aux femmes enceintes suivies, 12,12 % sont spécifiques, la femme indigène étant également deux fois plus atteinte que la femme européenne. »

La syphilis est une très grande cause non seule-

ment d'avortements mais encore de mortinatalité et de décès des jeunes enfants.

A la consultation pré-natale de la S.S.B.M., M. le Professeur MONTPELLIER et LEFRANC ont vu que 313 femmes ayant eu au moins 1.187 grossesses — il y en a qui ne sont pas avouées — n'ont élevé que 494 enfants.

M. le Professeur GILLOT et MACHUEL complétant cette recherche ont trouvé que pour 2.095 grossesses chez les indigènes de la Casbah d'Alger, il ne restait que 851 enfants vivants.

La mortalité des enfants indigènes Arabes et Kabyles de 0 à 14 ans est au moins deux fois supérieure à la mortalité des enfants des autres races. MONTALDO pense que la syphilis est une des causes prédominantes de ce fait « soit que ces enfants aient hérité de leurs ascendants presque toujours syphilitiques de la syphilis en nature, soit qu'ils aient hérité de leurs déficiences organiques de nature primitivement spécifique ».

Ainsi taré, l'enfant indigène résistera moins aux affections meurtrières de son âge qui l'atteindront plus facilement.

L'hérédosyphilis est assez souvent reconnue cliniquement par des signes de certitude, dans bien des cas elle demeure invisible, latente ou larvée, « chez les enfants indigènes sans la voir en tout, il faut néanmoins toujours y penser ».

LE PALUDISME.

Nos statistiques montrent que l'on ne voit pas beaucoup de cas de paludisme dans les deux salles de la clinique médicale infantile. En quatre ans, à « Claude BERNARD » nous en avons relevé 48 cas, à « BOUILLAUD » seulement 12 cas.

Il est vrai qu'à Alger même, on ne prend pas le paludisme et que la majorité de la clientèle hospitalière vient de cette ville. La presque totalité des cas a été observée chez des enfants venant de l'intérieur. 62 % des atteints sont des Arabes.

RACHITISME.

Le rachitisme s'observe très fréquemment, surtout chez les enfants indigènes. BURE qui a consacré sa thèse à son étude, montre qu'il atteint 1 enfant indigène sur 3.

Il est souvent congénital ou très précoce, se manifestant avant l'âge de cinq mois ou bien précoce débutant entre cinq et quinze mois. Le rachitisme classique, évolutif tardif survenant chez les enfants âgés de plus de quatre ans s'observe moins fréquemment.

L'on ne peut invoquer, à Alger, comme étiologie principale la carence solaire.

Dans 20 % des cas il est possible de soutenir une origine syphilitique, ces rachitismes syphilitiques étant des rachitismes précoces.

La tuberculose des nourrissons peut être aussi retenue comme facteur déterminant.

Les erreurs alimentaires entraînant des troubles digestifs chroniques, le manque d'hygiène sont aussi à la base de nombreux cas observés.

LES TROUBLES DIGESTIFS.

Les troubles digestifs vus salle BOUILLAUD sont surtout des gastro-entérites et l'on est frappé aussitôt de voir que ce sont les enfants européens qui les présentent surtout. Bien des auteurs ont déjà signalé le fait, CRESPIEN, MANTOUT, MONTALDO.

La mortalité infantile indigène de 0 à un an pour toute l'Algérie est inférieure à la mortalité européen-

ne correspondante et, étant donné l'hygiène déplorable des milieux arabes, cela paraît surprenant.

La raison est que les affections gastro-intestinales qui affectent si lourdement l'enfant européen très souvent élevé au biberon sont presque ignorées par l'enfant indigène qui reçoit presque toujours le lait de sa mère.

Dans les villes, cependant, et notamment à Alger, l'allaitement artificiel fait de grands progrès chez les indigènes, et, avec la tuberculose, il doit être tenu pour responsable du taux beaucoup plus élevé de la mortalité infantile.

Au-delà de la première année et bien qu'ils continuent à sucer le sein de leur mère jusqu'à deux ans passés, les bébés indigènes reçoivent les mets les plus variés : couscous, galettes d'orge, figues, piments, thé, etc... c'est à cette période qu'apparaissent chez eux les troubles digestifs les plus sévères et que les maladies intercurrentes les atteignent avec une particulière gravité.

MALADIES INFECTIEUSES ET PARASITAIRES.

Parmi les maladies infectieuses observées, en dehors des épidémies de rougeole, de varicelle, qui surviennent parfois, en raison de l'impossibilité de l'isolement des petits malades, une, domine nettement, c'est la fièvre typhoïde.

Salle Claude BERNARD en quatre ans, on en a vu 76.

En 1937, année d'épidémie dans divers quartiers d'Alger, 28 ont été hospitalisées dans cette salle.

L'opinion généralement admise qui dit que l'élément indigène est réfractaire à cette affection ne doit pas être prise en trop rigoureuse considération, nous en avons compté 17 cas chez les enfants.

Les maladies parasitaires, paludisme mis à part, sont représentées surtout par les vers intestinaux particulièrement fréquents chez les indigènes.

CARDIOPATHIES.

Si nous avons relevé le nombre des cardiopathies hospitalisées c'est, d'une part, parce qu'elles sont assez fréquemment rencontrées, c'est aussi pour apporter à un débat d'ordre scientifique le résultat d'une enquête faite en médecine infantile.

FABIANI dans un travail inspiré par M. le Professeur AUBRY, titulaire de la chaire de médecine générale de la Faculté d'Alger, écrit en 1932 : « Dans le service de M. le Professeur AUBRY, depuis 3 ans sur un total de 1.600 malades, il a été constaté 7 endocardites malignes : 2 chez des européens et 5 chez des indigènes, chiffres qui s'opposent aux 27 endocardites bénignes n'existant que chez les européens. Ces faits posent nettement un problème : celui de la très grande rareté de l'endocardite rhumatismale contrastant avec la fréquence relative de l'endocardite infectieuse chez l'indigène algérien... ». Et il ajoute plus loin « ...à la clinique médicale infantile en six ans, sur 25 lésions cardiaques rhumatismales, une seule nette chez un Arabe et deux cas simplement douteux... ».

« C'est une notion bien admise que le rhumatisme articulaire aigu est rare dans les pays chauds et que là, il atteint par prédilection les européens pour respecter les races de couleur ».

A la salle Claude BERNARD, durant ces quatre dernières années, 45 enfants ont été reconnus comme cardiaques sur un total de 1.086 malades, 14 Européens, 24 Arabes, 7 Juifs, or chez 8 Européens (57 %), 10 Arabes (41 %), 7 Juifs (100 %), on retrouve une étio-

logie rhumatismale caractérisée par des atteintes articulaires typiques.

Ainsi, le rhumatisme articulaire aigu et ses complications cardiaques sont loin d'être exceptionnels chez les *enfants* arabes ou kabyles.

ARRIERATION MENTALE.

Nombreux sont les enfants arriérés qui passent dans les deux salles, et l'on observe tous les degrés de cette arriération mentale.

Certains pourraient être éduqués, l'on arrive, bien qu'assez difficilement, à en placer dans des instituts spéciaux. D'autres sont des idiots complets, nous en avons relevé 10 salle BOUILLAUD.

Ils sont envoyés quand les parents veulent s'en débarrasser dans certains centres comme celui de St-Cyprien-des-Attafs où ils sont tout simplement parqués, en attendant l'ouverture du quartier spécial prévu à l'Hôpital psychiatrique de Blida-Joinville.

LES DERMATOSES PARASITAIRES.

Nous pouvons par elles terminer ce chapitre.

Elles sont particulièrement fréquentes dans le milieu hospitalier d'Alger ; les enfants arabes sont proportionnellement beaucoup plus parasités ; gâle, phthiase, piqûres de puces, de punaises ou de moustiques sont vues séparément ou simultanément.

La saleté corporelle, la promiscuité, l'entassement et le taudis joints à une misère physiologique et matérielle souvent extrême en sont les causes toutes naturelles.

LES DIFFICULTES RENCONTREES PAR L'ASSISTANTE.

Les caractères de ce milieu social et de ce milieu pathologique expliquent facilement certaines difficultés rencontrées par l'Assistante dans l'accomplissement de sa tâche.

Il en est bien d'autres dues à l'insuffisance et au défaut de coordination des moyens de secours, à la rigidité administrative, à quelques préoccupations politiques, à l'indifférence vis-à-vis du devoir d'entr'aide.

1° — *Tenant au milieu :*

Les difficultés tenant au milieu sont multiples :

La diversité de la population exige à tout instant des conduites à tenir différentes. Il est absolument nécessaire de prendre en considération les mœurs de chacun de ses éléments. D'une manière générale, les Européens et les Juifs sont ouverts aux mesures d'assistance ; ils sont souvent trop exigeants et comptent trop sur les autres avant d'essayer de faire cet effort personnel, principe fondamental du service social.

Quant aux indigènes, leur fatalisme leur fait subir leurs misères avec trop de nonchalance.

Ce milieu est aussi très instable et paraît incapable de suivre une ligne de conduite tracée après réflexion ; il se laisse aller au gré des événements. Pour réveiller des sentiments de courage ou de simple amour-propre il faut que l'Assistante sociale déploie beaucoup d'efforts, souvent stériles.

Pour atteindre un résultat vrai, c'est-à-dire persistant, il faudrait pouvoir compter sur un fonds mental et moral assez étoffé, ceci est assez rare. La détresse économique de ce milieu l'excuse, certes, beaucoup.

Mais n'est-on pas en droit de penser que trop souvent ces déshérités de la vie, croupissent comme à plaisir dans leurs taudis et leurs misères. Souligner cette attitude n'est point les accabler par surcroît, mais rester simplement dans la réalité des faits observés.

Ce'a impose, d'ailleurs, la nécessité de l'éducation. Nous n'insistons pas davantage sur ces difficultés dues au milieu, les longs développements que nous avons consacrés à son étude dans les chapitres précédents les font suffisamment ressortir.

2°. — *Tenant à l'insuffisance et au défaut de coordination des moyens de secours.*

Lorsque l'on considère dans une vue d'ensemble l'effort de l'Assistance médico-sociale en Algérie, et plus spécialement à Alger, l'on remarque que celle-ci n'a oublié aucun domaine mais que les organisations mises sur pied n'ont pas toute l'extension désirable pour satisfaire tous les besoins. Les Pouvoirs publics ne cessent cependant de l'étendre, malgré qu'ils se heurtent à des difficultés importantes.

« L'Algérie n'a pas encore pu suivre la Métropole dans son rythme d'organisation des différentes institutions d'assistance sociale. Dans un pays aussi insuffisamment évolué, la situation est très délicate et l'état social actuel de la plus grande partie de la population ne permet pas d'appliquer dans toute leur rigueur les lois métropolitaines et de les appliquer toutes. Il est nécessaire d'aller doucement, de les introduire avec précaution en tenant compte de l'évolution autant que des possibilités budgétaires. Et un obstacle sérieux vient précisément du manque de ressources de la plus grande partie de la masse indigène, d'où l'insuffisance des moyens financiers qui sont

fournis par un nombre limité de contribuables dont la capacité d'imposition ne paraît guère pouvoir être dépassée. »

Population encore insuffisamment évoluée, manque d'argent sont les deux causes principales qui freinent l'essor plus grand de l'œuvre d'assistance.

C'est ainsi que la loi du 14 juillet 1913 sur l'assistance obligatoire aux familles nombreuses n'a pu être rendue efficace ici en raison des répercussions financières qu'elle entraînerait et des difficultés pratiques que soulèverait son application. L'administration, d'accord avec les *Délégations financières* (1) s'est efforcée cependant dans la mesure des possibilités budgétaires de se rapprocher des dispositions de cette loi pour apporter à ces familles un soulagement. Les fonds sont distribués sous formes de secours exceptionnels donnés après enquête, aux familles nombreuses jugées les plus dignes d'intérêt. Les allocations ne peuvent être inférieures à 40 francs par mois et par famille, ni supérieures à 100 francs. Elles sont calculées dans ces limites suivant la situation des chefs de famille. Des sociétés privées participent à cette assistance.

Pour la même raison, la loi des Assurances sociales ne peut être appliquée en Algérie.

Mais il faut aussi penser que l'Algérie française est un pays très jeune, qui n'a qu'un peu plus de cent ans d'existence et que pendant longtemps les plus gros efforts entrepris ont été ceux de la colonisation, ces efforts ne cessent de se poursuivre, mais à l'heure actuelle on peut envisager avec beaucoup plus de calme et de méthode d'organisation l'assistance médico-sociale. Dans ce domaine tout a été créé, il n'y avait

(1) Assemblée d'élus algériens qui discutent le budget de l'Algérie.

absolument rien en 1830. Et l'on serait vraiment mal intentionné si l'on voulait juger sévèrement l'insuffisance actuelle de cette assistance.

Si l'on relit les trois réalisations du service social hospitalier parisien rapportées par TROISIER et LEREBoulLET, on se rend compte — et cela a été notre intention en les reproduisant — de la richesse des moyens de secours de la Métropole ; ici, nous n'en sommes pas encore là. Nous venons d'en indiquer les raisons.

Il faudrait néanmoins qu'il y ait une plus grande coordination des efforts publics et privés. Chaque œuvre travaille trop pour son propre compte.

Les dispensaires privés, bien organisés généralement, ont tendance à vouloir s'isoler. La création d'un fichier central rencontre de grosses difficultés.

Les démarches errent souvent d'œuvre en œuvre avant d'obtenir les renseignements recherchés ou d'arriver à la solution souhaitée.

Il nous faut signaler ici la très heureuse initiative de l'Office algérien de médecine préventive et d'hygiène qui a fait éditer un « Mémento des divers Modes de secours de la Ville d'Alger », dont l'utilité est très grande.

3°. — *Tenant à la rigidité administrative.*

L'Assistance publique, soit qu'elle distribue des dons facultatifs ou qu'elle applique les règles obligatoires posées par le législateur, se trouve gênée par les défauts inhérents à sa constitution même. La rigidité des règlements et des lois, la complication des procédures enserrent l'administrateur le plus dévoué dans d'étroites lisières qui l'empêchent d'adapter son action à l'infinie complexité, à l'incessante transformation des détresses auxquelles il s'agit de venir en aide.

4°. — *Tenant à quelques préoccupations politiques.*

Les considérations de cet ordre ont, en effet, dans le domaine de l'Assistance une influence trop fréquente et les luttes politiques transforment parfois en une arme électorale la bienfaisance officielle.

5°. — *Tenant à l'indifférence vis-à-vis du devoir d'entraide.*

Enfin, d'une manière générale, la population aisée de l'Algérie, n'échappe point à l'égoïsme qui caractérise les habitants d'un pays neuf et les devoirs d'entraide humaine et de charité ne sont qu'assez rarement envisagés.

Il faut, avant tout que les affaires rendent.

L'Assistante trouve toutes ces difficultés dans son travail médico-social à Alger même ; lorsqu'elle a à s'occuper d'un malade ou d'une famille habitant l'intérieur, et qu'au lieu de démarches directes, il lui faut agir par intermédiaires ou par correspondances, elle peut presque à coup sûr s'attendre à des échecs. Que de lettres demeurent sans réponse ! L'absence de coordination des œuvres d'assistance apparaît alors, bien plus nette et bien plus décevante.

ACTIVITE - RESULTATS.

Mais toutes ces difficultés qui s'accumulent et qui sont son atmosphère de vie ne condamnent pas son activité et les services rendus sont inappréciables.

Les buts qu'elle poursuit sont ceux de tout service social à l'hôpital, adaptés aux divers problèmes que pose l'enfant.

L'on peut dresser les grandes lignes de cette activité comme il suit :

1. *Le service social, auxiliaire du médecin.*

- a) Dans la défense de l'enfant normal (mesures de prophylaxie et d'hygiène, conseils de l'allaitement maternel, placement en colonies de vacances...).
- b) Dans la défense de l'enfant malade :
Enquêtes à domicile, placements, convalescences, surveillance à domicile, rappels, orientations vers les organisations spécialisées...

2°. — *Le service social et les problèmes sociaux de l'enfant et de sa famille.*

- a) Problèmes sociaux de l'enfant :
Enfants orphelins, enfants abandonnés, enfants en dépôt, enfants arriérés...
- b) Problèmes de la mère :
S'attachant spécialement aux filles-mères : déconseiller l'abandon ; recherche de la paternité, intervention auprès des familles...
- c) Problèmes de la famille :
Obtention d'allocations familiales, de secours en nature, amélioration du logement...
Recherche d'emplois, rapatriements, vêtements...

Il faut insister tout particulièrement sur le rôle que doit avoir l'Assistante dans le maintien de l'allaitement maternel. C'est la sauvegarde indispensable des enfants indigènes qui vivent dans des conditions d'hygiène déplorables. Les femmes indigènes prennent de plus en plus l'habitude de s'adresser aux dispensaires qui leur accordent trop généreusement des facilités d'allaitement artificiel.

RAPPORT DE L'ACTIVITE DURANT L'ANNEE
1938

Visites à domicile	329
Visites reçues	126
Démarches	143
Lettres écrites	137

Orientations vers :

La consultation de Médecine infantile.....	68
— Médecine générale (consultation normale)	48
— dermato-vénéréologie	9
— la Maternité	7
— d'ophtalmologie	6
— chirurgie générale	4
— chirurgie infantile	3
— tuberculose	3
— stomatologie	2
— gynécologie	1
Le dispensaire de la S.S.B.M. (1) (Sté de Croix Rouge)	7

Liaisons avec :

Le service de tuberculose	13
— d'ophtalmologie	11
— de chirurgie infantile	9
— de chirurgie générale	8
— de neurologie	3
— de psychiâtrie	3
— de l'Hôpital Parnet	3
Le dispensaire de la S.S.B.M.	31
La ligue d'Hygiène sociale	1
L'Hôpital de Miliana	4

(1) Sociétés de secours aux Blessés Militaires.

Résultats :

Hospitalisations	43
Rappels de malades	37
Placement dans centres de convalescence (hô- pitaux de l'intérieur)	11
Placement en colonies de vacances	18
Placement à l'orphelinat de Mustapha-Supé- rieur	4
Placement de fillettes à l'ouvroir	2
Placements de domestiques	4
Secours en argent obtenus de diverses sociétés ou de particuliers. Secours en nature : boîtes de lait, farines lactées, bons de semoule... Vêtements four- nis en grande quantité par le vestiaire du Service so- cial à l'hôpital ou par de particuliers.	

Voici quelques exemples illustrant cette activité.

I

Z... Gilbert. bébé juif, entre salle BOUILLAUD en juin 1937.
il a quatre mois et présente des troubles digestifs ; il est
élevé au lait de vache.

Son père, âgé de 30 ans, chôme depuis deux ans et est asth-
matique. Sa mère, âgée de 18 ans, ne travaille pas, elle est
en bonne santé. Ils partagent avec la mère et le frère du père,
infirme présentant des crises d'épilepsie, un logement de qua-
tre pièces, bien aéré, assez bien tenu.

La situation financière de la famille est très précaire. Le
mobilier a été saisi par les Contributions Directes. Le 21
Juin, l'Assistance sociale fait une démarche auprès de cette
administration pour arrêter la vente de ce mobilier, elle en
fait une autre le 25 Juin pour demander qu'il soit rendu, ce
qui est accepté et fait.

Le nourrisson, à l'hôpital, est dans un très mauvais état
général, le 2 Juillet, la mère le sort malgré tous les conseils
et en partant cause du scandale dans la salle.

Elle n'a pas une bonne conduite et l'on pense, sans en avoir
la certitude, que son mari la pousserait à se livrer à la pros-
titution.

Le 22 Juillet, l'Assistante sociale la voit chez elle, son enfant est décédé, elle l'aide de ses démarches pour la faire entrer à l'hôpital, comme fille de salle ; elle est placée à Claude BERNARD. Là, elle ne donne aucune satisfaction dans son travail, de plus elle fait du commerce avec les enfants, en leur vendant de vieux journaux illustrés et des petits objets. Au bout de quelques jours, son renvoi est signé, elle se montre arrogante, il est décidé de ne plus s'occuper d'elle.

II

En Mai 1936, C. Suzanne âgée de 6 mois, est hospitalisée salle BOUILLAUD pour gastro-entérite. Elle est accompagnée par sa mère, fille-mère, que le séducteur a abandonné.

La jeune femme, de moralité douteuse, habite avec ses parents et cherche du travail, et aussi les moyens d'obtenir des secours du père de sa petite, celle-ci a toujours été élevée à l'allaitement artificiel, elle a été suivie à la consultation de médecine infantile de l'hôpital, et a reçu du lait condensé au dispensaire de l'Association des Dames Françaises.

Le 18 Mai, l'Assistante sociale tente une démarche auprès du père qui ne veut rien entendre. Elle demande alors conseil auprès d'un avocat pour les démarches à faire en vue d'obtenir l'assistance judiciaire.

Mais le 25 Mai l'enfant meurt et les démarches sont arrêtées. Il ne faut pas néanmoins se désintéresser de la mère ; le 3 juin, voulant lui rendre visite chez elle, l'Assistante apprend qu'elle a disparu avec un autre ami.

III

K. Fatma et Meriem, sœurs, âgées de 13 et 11 ans, entrent salle « Claude BERNARD » le 2 Août 1937 pour tuberculose pulmonaire. Leur père a 55 ans, il est manoeuvre, sa santé est bonne. Leur mère, également bien portante, a 30 ans.

Ils ont encore 2 garçons et 2 filles, normalement développés et apparemment sains ; un garçon est décédé à 4 ans d'affection indéterminée.

La famille habite à El-Biar un logement de deux pièces, bien tenu, mais de salubrité médiocre, le loyer est de 70 frs par mois.

Le père gagne 10 francs par jour, et reçoit des secours : 100 francs par mois au titre des allocations familiales, et 3 kilogs de pain par semaine.

Le chef de clinique, faisant fonction de chef de service, demande leur envoi en sanatorium, en France.

L'assistante sociale se charge des démarches à faire. elle les conduit notamment le 11 septembre au dispensaire antituberculeux de la rue de Metz, organisme de l'office public d'hygiène sociale, par l'intermédiaire duquel il faut passer pour que la proposition du médecin traitant soit étudiée et jugée.

Le 30 Septembre, les enfants sortent de l'hôpital et sont dirigées sur un sanatorium de Seine et Oise.

En Décembre 1938, Fathma revient, elle est en bonne santé, mais elle se trouve mal chez elle, en raison de la différence de vie qu'elle constate.

Le service social la place pendant la journée à l'ouvroir des Sœurs Blanches. le soir elle rentre chez elle.

Meriem, elle, est toujours en sanatorium, son état s'améliore. l'assistante a de ses nouvelles par les lettres que l'enfant écrit à sa famille.

IV

C. Rosalie, espagnole, âgée de 1 an, venant de Castiglione. arrive le 8 Juillet 1936 salle BOUILLAUD, portée par une voisine, « parce qu'elle est petite, délicate, trop maigre, pour qu'on la fortifie ».

Quand l'enfant est en règle pour l'hospitalisation, elle déclare qu'elle viendra la reprendre « quand elle aura 3 ans, pour la mettre à l'orphelinat ». « Qu'on s'occupe d'elle jusque-là ! »

Ceci demande des éclaircissements.

Une lettre est envoyée dans ce sens au médecin qui connaît la famille. Il donne les renseignements suivants :

« La famille se compose de la mère, simple d'esprit et de 6 ou 7 enfants..., du fait de leur nombre et de l'état d'esprit de la mère, ces enfants sont en danger et c'est chaque jour que l'un deux manque de se noyer ou de se faire écraser par une auto, sans compter tous les accidents maladifs dus à l'imprudence : bronchites, entérites... ».

Lui-même avec d'autres personnes a essayé de s'occuper de cette famille, mais les démarches n'ont pas abouti par la faute de la mère qui, au dernier moment, changeait d'avis.

Il demande d'essayer de caser la toute petite, il va à nouveau s'occuper des autres enfants.

Il est bien évident que l'hôpital ne peut garder l'enfant ; une tentative de placement est essayée auprès des Sœurs Franciscaines de Notre-Dame d'Afrique, mais elles n'ont pas de crèches en Algérie, elles prendraient cependant volontiers la petite et la conduiraient au Maroc, à Oudjda, mais il faudrait alors payer le voyage de la sœur accompagnante.

L'Assistante fait le tour des œuvres susceptibles de prendre ce bébé en dépôt, et n'en ayant point trouvé, écrit le 1^{er} Août à la mère de Rosalie pour la mettre au courant de la proposition des Sœurs Franciscaines. N'ayant pas de réponse, le 17 août elle écrit au médecin pour le prier de voir la mère et de lui faire prendre une décision, elle pourrait essayer de demander au maire de sa commune de l'aider pour les frais du voyage Alger-Oudjda et retour, en faisant ressortir que plus l'enfant partira tôt, moins la commune aura à payer pour son hospitalisation.

Mais il n'est point reçu de réponse à cette lettre, et Rosalie est adressée au bureau des nourrices de l'Assistance publique.

V

Le 16 Mai 1936, T. Michel, âgé de 4 ans, est hospitalisé salle BOULLAUD. C'est un gros arriéré, il parle à peine et souvent prononce des mots incohérents.

Son père âgé de 41 ans est alcoolique. Il travaille au chantier des chômeurs et gagne 12 francs par jour.

Sa mère a abandonné le domicile conjugal il y a trois ans et demi environ avec les trois plus grands enfants pour aller en France où sa fille aînée avait un emploi d'institutrice, laissant Michel bien petit. Celui-ci a été confié pendant quelques mois à une femme européenne voisine. Mais le père a bientôt fait la connaissance d'une femme juive de 9 ans plus âgée que lui et avec laquelle il vit maritalement depuis près de trois ans. Elle est à l'heure actuelle hospitalisée salle ANDRAL.

Le père veut placer l'enfant à l'orphelinat de Mustapha tenu par les Sœurs de Saint Vincent de Paul, il fait les demandes nécessaires, l'Assistante de son côté va voir les Sœurs ; mais on ne peut l'accepter car il est anormal,

La femme européenne s'offre à reprendre l'enfant, mais le père refuse de le lui confier disant que les enfants ne sont point heureux avec elle.

Après plusieurs démarches et certaines hésitations et résistances tenant surtout au fait que l'enfant n'est pas de cette confession, il est décidé qu'on le placera dans une œuvre adventiste de l'enfance anormale et retardée, située à Aïn-Taya.

L'Assistante, aidée de quelques dons, lui confectionne un trousseau et le 5 juin le conduit à cette œuvre, utilisant une auto mise à sa disposition par un de ses amis.

Quelques jours après, elle reçoit de ses nouvelles « le trousseau a été complété, il ne lui manque rien, l'état du petit garçon est déjà bien amélioré ». On lui demande aussi puisqu'elle a compris le but de l'œuvre d'envoyer d'autres enfants qui seront les bienvenus.

En août 1936, l'Assistante fait une visite à Michel, à Aïn-Taya, Michel va bien, ses parents ne sont jamais venus le voir.

Le 17 juin 1937, elle demande à l'œuvre de ses nouvelles et apprend qu'après une nette amélioration de son état, il a été en Octobre 1936, conduit à l'orphelinat protestant de Dilly-Brahim après entente avec la famille. ,

Il y est toujours ; à plusieurs reprises il a été hospitalisé salle Claude BERNARD pour bronchite, pour diarrhée à lamblias, puis salle CURTILLET, en chirurgie infantile, pour polypes rectaux. Son état général est excellent, ses facultés intellectuelles se sont sensiblement développées.

VI

En janvier 1939, entre salle BOUILLAUD un garçon âgé de 2 ans, Alain, né en France. Sa mère âgée de 24 ans est une fille-mère, qui a été abandonnée par le père de l'enfant dès qu'il l'a vue enceinte. .

Les parents de la jeune femme ignorent la naissance d'Alain. Celle-ci, après l'avoir placé à l'Assistante, s'est réfugiée chez des amis ; mais ils apprennent qu'elle a eu un bébé et ils ne veulent plus l'héberger. Elle reprend son fils et vient à Alger chez d'autres amis espérant trouver du travail. Elle ne peut y rester longtemps car le mari se montre pour elle par trop prévenant, elle vient alors déposer Alain à l'hôpi-

tal. Elle demande à l'Assistante de lui rechercher un emploi, de préférence dans une pharmacie, elle a déjà travaillé deux ans comme préparatrice ; elle possède le brevet simple. Par l'intermédiaire d'une dame, on lui trouve cette place souhaitée.

Cette jeune femme est courageuse, elle veut se débrouiller toute seule. Elle ne tient pas à renouer des relations avec sa famille. Alain est toujours dans le service, il a présenté des vomissements, un léger état grippal et n'a pas échappé à l'épidémie de varicelle de mars-avril 1939, il a néanmoins grossi de près d'un kg, mais sa température ne s'est jamais stabilisée. C'est en outre un petit arriéré.

VII

R... Guy et Robert, âgés respectivement de 3 ans, et de 7 mois, entrent le 27 avril 1936 salle BOUILLAUD, placés en dépôt. Leur santé est satisfaisante. Leur mère 24 ans, Emilienne, est hospitalisée à la Maternité car depuis son dernier accouchement, elle ne va pas.

Depuis 3 mois elle est séparée de son mari. charpentier s'adonnant à la boisson.

On veut mettre Guy à l'orphelinat de Mustapha, sa place n'est point salle BOUILLAUD, mais la mère, prévenue, déclare qu'elle sortirait de l'hôpital plutôt que de le voir ainsi évacué. On temporise et tous trois sortent bientôt.

Elle, femme de ménage à Saint-Eugène, retrouve son emploi, elle gagne 300 francs par mois.

Le 20 juillet 1937, elle revient à Bouillaud pour paludisme avec Robert. Son mari, a entre temps, pris Guy avec lui ; elle-même a perdu sa place.

L'Assistante sociale écrit à son ancienne patronne pour essayer de la décider à la reprendre, elle ne réussit pas ; elle commence aussi les démarches pour faire obtenir à la mère l'assistance judiciaire. A la sortie de l'hôpital, le 30 juillet, celle-ci est recueillie avec son enfant par des braves gens de la Redoute, elle pense entrer à l'hôpital comme fille de salle le 1^{er} septembre ; elle ne le peut et revient trouver l'assistante pour lui demander de la placer ; de nombreuses démarches sont faites, elle travaille quelques jours dans un restaurant ; enfin, elle est casée comme bonne à tout faire dans une famille juive de Saint-Eugène.

Robert est mis en nourrice chez une femme européenne. L'assistante avance de l'argent pour payer le lait utilisé, mais dès lors Emilienne fait sans cesse appel à elle et en pratique c'est elle qui règle toutes les notes de la nourrice.

Deux mois après, il faut lui trouver une autre place car là, les gages ne sont pas suffisants, et la nourriture est trop spéciale.

On la prend dans une maison bourgeoise où elle est payée 450 francs par mois, nourrie et logée ; elle est remerciée au bout de deux mois. Une annonce est mise alors à l'Agence Havas pour lui trouver un emploi dans l'intérieur. Mais elle disparaît. La nourrice se plaint de n'avoir plus de nouvelles ni du père, ni de la mère et de n'avoir pas été payée.

Quelques jours après, en février 1938, elle reçoit cependant une lettre de Mr. R. qui lui écrit de France, l'avisant qu'ayant quitté brusquement Alger il n'a pas pu aller la voir.

La veille d'embarquer, ajoute-t-il, « j'ai aperçu mon épouse qui paraissait en bien bonne santé et qui se dirigeait vers l'hôtel, où est né mon malheur, elle n'y allait sûrement pas pour rien ». Il est prêt à s'occuper de son second enfant à la condition que la mère fasse au commissariat de police une déclaration d'abandon.

Cependant Emilienne est retrouvée par hasard. elle est hospitalisée à Parnet ; de là, elle écrit à son ex-mari une longue lettre, qui du reste n'a pas été envoyée, et dont voici quelques passages :

« Deux mots pour vous faire savoir ma situation. Que tu te fiche de ma g.... ; ne compte plus sur moi pour payer la pension, je ne peux plus rien faire... quand je sortirai je vais demandé de me faire évacuée en France car maintenant je ne veux plus me faire du mauvais sang, j'étais bien bête... je ne suis pas jalouse de tout ce que vous pouvez dire tous deux, ça sort par une oreille et ça rentre par l'autre, si tu veux te marier avec elle que tu l'aime tant ta petite espagnole avec la voilette, prends-là... Monsieur Louis, embrasser mon petit Guy chérie pour moi, je ne le vois pas mais je l'aime quand même. On est entrain de bien me soignée, j'ai grossi je ne suis plus maigre que quand j'ai été avec toi. Au revoir, réponse.

C'est l'Assistante qui écrit à ce dernier pour lui demander de prendre une décision rapide concernant le paiement de la nourrice, sinon l'enfant va être confié à l'Assistance publique.

Il répond qu'il ne fera rien tant que son ex-épouse sera autorisée à voir l'enfant, « je ne refuse pas de m'occuper de l'enfant mais je m'oppose à ce que la mère soit en contact avec ledit enfant, en se livrant comme elle le fait à la prostitution ».

Il lui est rappelé qu'aux termes de la loi il est tenu de régler toutes les dépenses faites pour l'enfant et qu'il est aussi nécessaire qu'il prenne l'engagement de payer les mensualités, sinon Robert sera remis à l'Assistance. On n'obtient pas de réponse.

A sa sortie de l'hôpital Parnet, Emilienne trouve une place à Miliana.

La nourrice, toujours payée par l'Assistante, est obligée de conduire Robert à l'hôpital en mai 1938, il a avalé un corps étranger. Après l'extraction pratiquée dans le service spécialisé il est mis à BOULLAUD.

C'est là qu'en juin 1938 il est repris par son père venu de France exprès et qui y est retourné aussitôt avec lui.

Cet enlèvement s'est fait à l'insu de la mère qui en a été très irritée.

En janvier 1939, elle quitte sa place de Miliana, et est placée toujours par l'intermédiaire de l'Assistante comme bonne à tout faire dans une famille d'Alger. Depuis on n'en a plus de nouvelles.

Ces exemples montrent la diversité de la tâche, les difficultés rencontrées, les nombreux échecs, les quelques résultats.

CHAPITRE III

Améliorations à apporter

Améliorations à apporter

Les améliorations à apporter sont de deux ordres :

— Social.

— Médical.

AMELIORATIONS D'ORDRE MEDICAL

1° HOPITAL D'ENFANTS.

Une première mesure s'impose, c'est la création d'un hôpital d'enfants, et pour de multiples raisons :

— Il n'y a que 65 lits dans les deux salles réunies.

Ce chiffre est vraiment dérisoire lorsqu'on considère l'importance de la Ville d'Alger et celle du département.

— De ce fait, beaucoup d'enfants sont hospitalisés dans d'autres services ; ceux atteints de maladies contagieuses sont notamment dans un hôpital annexe.

La clinique de médecine infantile ne peut jouer que très imparfaitement son rôle d'enseignement.

— En outre, les salles sont encombrées, la salle BOUILLAUD notamment, (la proportion atteint 30 %) d'enfants en dépôt dont la mère est, dans la majorité des cas, hospitalisée et qui sont, par suite de la disposition de cette salle, placés au milieu d'enfants malades.

Il n'est point besoin d'insister sur cette notion fondamentale de médecine et d'hygiène infantiles qu'un enfant ne doit être hospitalisé que si cela est vraiment nécessaire et que, même dans ce cas, l'on doit écourter le plus possible son séjour. Bien que ne présentant généralement pas de maladie en évolution, ces enfants en dépôt sont en état de moindre résistance en raison des conditions sociales de leur vie et

de leurs tares héréditaires. Les conséquences de cette hospitalisation en commun se font sans cesse sentir. Beaucoup de ces enfants tombent malades, certains meurent.

Il n'est pas non plus prudent de les exposer aux épidémies de maladies infectieuses, déjà difficilement évitables dans un milieu hospitalier d'enfants bien organisé, impossibles à éviter ici. De telles épidémies sont toujours meurtrières. En décembre 1937-janvier 1938, la rougeole a éclaté dans le service :

15 enfants l'ont eu :	10 enfants malades
	5 enfants en dépôt
7 sont morts :	4 enfants malades
	3 enfants en dépôt
	(dont 2 rachitiques.)

En avril 1938, cela a été le tour de la varicelle :

11 cas — nous ne comptons pas celui de l'interne du service. —

1 mort : enfant en dépôt en état de dénutrition.

Voici deux observations recueillies récemment qui montrent que ces enfants en dépôt trop longtemps hospitalisés en raison de l'état de santé de leur mère ou de de circonstances sociales défavorables, sont victimes d'accidents pathologiques successifs :

« Nous avons déjà présenté le jeune Robert V. âgé de 2 ans 1/2, enfant abandonné, qui hospitalisé le 28 avril 1938 a eu une coqueluche et qui, de retour de l'hôpital de contagieux d'El-Kettar où il avait été évacué, a eu successivement une grippe, une otite, une gastro-entérite. On craint actuellement le développement d'une tuberculose pulmonaire ».

« Dj. Youssef, âgé de 3 ans, mieux connu dans le service sous le nom de « Toutou », est là depuis un an et demi, il est entré le 15 janvier 1938. En 1937 il avait déjà fait un séjour de 3 mois. Sa mère est morte tuberculeuse à l'hôpital. Il a été atteint par l'épidémie de rougeole ci-dessus mention-

née, a eu la coqueluche en juin, une entérite en octobre, enfin il tousse depuis novembre et fait une tuberculose pulmonaire ».

Depuis de très longues années la création d'un hôpital d'enfants a été envisagée.

Une circulaire gubernatoriale en date du 18 janvier 1934, relative à l'organisation des services de la protection maternelle et infantile, déclare notamment :

« A Alger, les services actuels de médecine et de chirurgie infantiles de l'hôpital de Mustapha, étroits et dépourvus d'annexes, doivent être considérés comme provisoires ; ils devront être remplacés, dans un avenir prochain, par un hôpital exclusivement réservé aux petits enfants, bien adapté aux besoins des petits malades et ne comportant que des services et du personnel spécialisés à leur usage. Cet établissement recevra, suivant les possibilités d'emplacements et de locaux, toutes les catégories d'enfants malades, (médecine, chirurgie et spécialités), y compris les contagieux ; les tuberculeux seront de préférence dirigés sur les services qui leur seront réservés dans les établissements sanatoriaux à créer. Il sera pourvu de tous les aménagements nécessaires pour chirurgie, spécialités, électrothérapie, mécanothérapie, héliothérapie, orthopédie, etc..., des dispositifs spéciaux assureront l'aération et la constance de la température dans les locaux de nourrissons. Il servira à la fois de centre d'enseignement universitaire, de centre d'application pour la formation des infirmières de protection de l'enfance et restera en liaison étroite avec les différents services officiels et privés de contrôle et de traitement des enfants dans la Ville d'Alger ».

Il reste à déplorer que ce projet n'ait pas encore reçu même un commencement d'exécution.

Il serait à prévoir aussi une *pouponnière* pour les

nourrissons séparés de leur mère, hospitalisée, et un *centre de puériculture* dont le rôle est nécessaire au point de vue théorique et pratique, il n'en existe pas un seul en Algérie.

Enfin en raison du caractère vraiment spécial que représente un hôpital d'enfants, il serait souhaitable que le personnel médical soit largement compris dans son organisation administrative.

2°. — *La lutte contre les maladies sociales doit être entreprise avec des moyens plus développés.*

LA TUBERCULOSE :

Nous avons vu son extraordinaire développement, 30 % des petits malades hospitalisés sont frappés par elle. Que fait-on pour eux ?

Les enfants tuberculeux d'Alger sont les uns, hospitalisés, les autres, soignés d'une manière ambulatoire.

A Alger, il n'y a d'autre lieu d'hospitalisation pour de tels enfants que les salles BOUILLAUD et C'aude BERNARD. Là, ils sont traités suivant les méthodes classiques, le pneumothorax artificiel est pratiqué chaque fois qu'on en pose l'indication. Mais l'on ne peut songer à garder ces enfants des années et l'on est obligé, lorsque l'amélioration devient manifeste, de les renvoyer.

Rendus à leur famille, ils sont surveillés par l'Assistance sociale, ils reviennent spontanément ou à la suite de rappels, le jeudi matin, une ou deux fois par mois, et l'on suit sous l'écran radioscopique le développement favorable ou défavorable de l'atteinte pulmonaire ou pleurale.

C'est un pis-aller, le plus important serait de les soustraire pendant de longs mois aux conditions éminemment défavorables de leur milieu familial, au

double point de vue de l'hygiène et des conditions de nutrition, ainsi que nous l'avons déjà vu.

On les évacue de plus en plus « en convalescence » dans des hôpitaux de l'intérieur moins encombrés et dont les conditions climatiques sont meilleures, comme celui de Miliana, mais ce terme de « convalescence » ne peut être appliqué à la tuberculose.

Il faudrait que le service ait à sa disposition, très près de la ville, une annexe rattachée directement à lui, comme cela existe pour le service de chirurgie infantile, à Douéra, où le Professeur LOMBARD envoie les tuberculoses ostéo-articulaires et ganglionnaires de son service hospitalier de l'hôpital de Mustapha ; là tout est parfaitement organisé pour la cure héliothérapique, et l'on a songé en même temps à l'instruction et aux distractions des enfants.

A plusieurs reprises, cette annexe tant réclamée par M. le Professeur GILLOT a failli être accordée, des circonstances défavorables ont toujours surgi.

Ce serait la solution la mieux adaptée à la situation actuelle, en attendant mieux. L'idée de la cure sanatoriale en Algérie a commencé de se réaliser par la construction à Rivet d'un hôpital-sanatorium pour adultes, dont l'ouverture est prochaine (Thèse d'ANASTAZE). Il serait souhaitable que l'on songeât aux enfants.

Jusqu'à présent on s'était borné à envoyer quelques malades dans les sanatoriums de France ; en 1932, le département d'Alger en avait évacué 40, le département d'Oran 101, celui de Constantine 176, (adultes et enfants).

Nous avons rapporté l'envoi de deux fillettes arabes du service. Ces cures sont autorisées par périodes de 6 mois renouvelables, les frais sont supportés par tiers entre colonie, département et commune. Les médecins-chefs des offices d'hygiène

sociale sont chargés de constituer les dossiers, remplir toutes les formalités et faire la liaison avec les formations sanatoriales.

Cette solution très onéreuse, n'est pas sans inconvénients, parmi lesquels le défaut d'acclimatement et le dépaysement de ceux qui en bénéficient.

Que penser des enfants tuberculeux *non hospitalisés* et soignés dans les offices d'hygiène sociale ou dans les dispensaires privés ?

Cette méthode ambulatoire n'est pas satisfaisante et ne peut donner de résultats sérieux, pour les mêmes raisons que précédemment, elle ne soustrait pas l'enfant à l'influence défavorable de son milieu. L'huile de foie de morue ou le sirop d'hémoglobine donnés dans les dispensaires, tout indiqués qu'ils soient, ne peuvent victorieusement lutter contre elle.

Les œuvres de protection infantile contre la tuberculose sont représentées par l'œuvre GRANCHER, le préventorium du Cap-Matifou.

L'œuvre GRANCHER reçoit des enfants sains des deux sexes de 3 à 13 ans, en danger de contamination tuberculeuse, elle vient de s'agrandir, passant de 45 à 120 lits.

Le préventorium du Cap-Matifou reçoit les enfants du même âge ; sa capacité est d'une centaine de lits.

Les enfants européens y sont laissés volontiers, mais pour les indigènes cette question de préventorium n'est pas encore au point, (1) les parents ne sont pas habitués à la pensée de se séparer pendant des mois de leurs enfants. C'est ce qui complique aussi la question de la vaccination par le B.C.G. — le vaccin est distribué néanmoins de façon massive par les soins de l'Institut Pasteur, notamment à la Casbah. Il est

(1) En 1933 sur un total de 192 enfants ayant fait une cure au Préventorium du Cap-Matifou, il n'y a eu que 5 indigènes.

vrai qu'au sujet de cette vaccination, les idées ont singulièrement évolué depuis les premières conceptions de CALMETTE. Il n'empêche que nous retrouvons là des difficultés inhérentes aux mœurs de la population.

LA SYPHILIS :

La lutte anti-syphilitique s'est considérablement développée ; en 1928 il n'y avait que 6 organismes anti-syphilitiques, en 1933, on comptait en Algérie 178 centres de traitement, ils sont aujourd'hui beaucoup plus nombreux.

Chez les adultes, à l'organisation de cette lutte, M. le Professeur M. RAYNAUD et ses collaborateurs se dévouent ; le centre anti-vénérien de l'hôpital de Mustapha est un modèle du genre ; la thèse de Mlle CHEF le décrit.

Mais de grosses difficultés ne subsistent pas moins, et l'on ne saurait jamais trop continuer l'œuvre d'éducation de tels malades et la création de nouveaux dispensaires, en relation les uns avec les autres.

En ce qui concerne la médecine infantile, le meilleur moyen de prophylaxie pour la syphilis héréditaire est le traitement préventif pré-natal ; les consultations prénatales doivent donc être multipliées, là, les femmes enceintes recevront le traitement nécessaire.

Le dispensaire anti-syphilitique rattaché à la clinique médicale et d'hygiène infantile, a besoin d'être développé plus encore ; en 1933, il a été fait 7.379 injections de sulfarsénol pour un nombre de 12.702 consultants.

La lutte anti-syphilitique qui commence à être bien organisée en Algérie a besoin d'être sans cesse

étendue, elle demande la collaboration étroite des pouvoirs publics avec les médecins.

La syphilis infantile demeure à côté de la tuberculose et des gastro-entérites aiguës de l'été, un fléau très redoutable ; elle est encore la grande cause de la mortalité infantile. Celle-ci s'élève à 16,8 % en moyenne, tant indigène qu'européenne, (Thèse de DEYME) ; elle est sensiblement deux fois plus élevée chez les indigènes.

Certes, la population algérienne est dans son ensemble très prolifique ; elle s'accroît à une cadence annuelle de 130.000 âmes, pour une population de 7 millions d'habitants, cela doit inciter davantage à lutter contre une mortalité beaucoup trop élevée.

LE PALUDISME : Il est en nette régression, on ne l'observe guère à Alger ; à l'intérieur du pays la quiniisation curativo-préventive tend à stériliser les réservoirs de virus. L'aménagement du sol en terrains cultivables est aussi pour beaucoup dans ce résultat.

3°. — *L'amélioration de la santé des grands enfants et des adolescents* doit se poursuivre par le développement sans cesse plus grand des sociétés sportives, des colonies de vacances...

LES AMELIORATIONS D'ORDRE SOCIAL

Avant tout il faut s'efforcer d'éduquer ce milieu dans tous les domaines, et notamment dans celui de l'hygiène, qui est inexistante dans la plus grande partie de la population indigène, et sans laquelle l'assistance ne pourra jamais être très efficace.

A ce travail il faut convier le plus possible des auxiliaires féminines indigènes instruites sommairement mais correctement et toujours encadrées par des infirmières européennes.

Leur emploi dans certaines organisations ont montré leur efficacité.

C'est aussi en élevant le niveau social de la femme indigène que l'on obtiendra les résultats les plus sûrs.

L'Office algérien de médecine préventive et d'hygiène joue un rôle important d'éducation par les tournées de conférences qu'il organise annuellement dans les villes et villages de l'intérieur, par les films spécialement conçus pour les masses indigènes, par les affiches qui frappent l'imagination et qu'il s'efforce de répandre à profusion.

L'amélioration de l'habitat représente aussi un problème ardu qui demande beaucoup d'argent. Il exige l'éducation préalable et la prise en considération des coutumes. La haute administration aidée par les Délégations financières et les crédits métropolitains s'y applique dans la mesure de ses ressources.

Certaines communes ont aussi construit des quartiers indigènes. La subvention de la colonie peut atteindre les 2/3 du prix des constructions, le reste incombant à la commune de même que les travaux d'édilité.

A A'ger le problème est très complexe ; de très gros intérêts particuliers s'opposent à l'intérêt général ; des quartiers sont en démolition, les expropriations se font au prix de gros sacrifices financiers.

L'application plus large à l'Algérie des lois sociales en vigueur en France, est, nous l'avons vu délicate ; elle ne peut se faire que très progressivement.

Enfin la lutte contre *la misère économique* de la population est depuis longtemps entreprise. L'aménagement de nouvelles terres de culture et une in-

dustrialisation plus poussée du pays devront améliorer le sort des habitants chaque année plus nombreux.

Immense est l'œuvre d'assistance à accomplir encore, mais si l'on mesure le chemin parcouru, on constate que de très grandes améliorations ont été apportées.

Les médecins et les hygiénistes y ont pour une grande part contribué. Ils sont maintenant mieux aidés par le développement d'œuvres médico-sociales ; le service social à l'hôpital en est une, elle est appelée à rendre beaucoup, et tout spécialement dans la protection des enfants.

Conclusions

Le service social trouve à l'hôpital un champ d'action particulièrement propice à sa mission ; en France il a pleinement réussi.

Depuis dix ans il est installé à l'Hôpital Civil de Mustapha d'Alger et après une période de tâtonnements, il est à l'heure actuelle, dans la voie d'une bonne organisation. Il faut avant tout l'adapter au caractère inévitablement colonial du pays. Son personnel doit bien connaître les langues et les coutumes des éléments de la population . Une école algérienne du service social doit satisfaire ces exigences.

L'étude du service social de la clinique médicale et d'hygiène infantile de la Faculté d'Alger que nous avons faite en nous appuyant constamment sur des observations recueillies dans ses deux salles d'hospitalisation montre combien immense, difficile, est la tâche à réaliser en Afrique du Nord et plus spécialement à Alger.

La diversité de la clientèle hospitalière, ses mœurs, ses tares, ses taudis, sa misère, l'attestent. L'extension considérable des maladies sociales, de la tuberculose notamment qui ne cesse de s'étendre, impose des mesures de très grande envergure.

L'aménagement sanitaire, se poursuit dans tous les domaines, mais en raison des besoins énormes d'assistance que réclame une population pauvre, il ne peut se parfaire que lentement. Il serait cependant souhaitable de réparer certaines lacunes et d'édifier notamment à Alger un hôpital d'enfants.

L'on ne peut songer à faire bénéficier de toutes les lois sociales existant en France, cette masse d'indigènes encore insuffisamment évoluée. Il faut surtout améliorer certaines conditions de vie et notamment l'habitat. Mais parallèlement il faut entreprendre une œuvre d'éducation.

A la clinique médicale et d'hygiène infantile, l'Assistante sociale s'y dévoue dans les limites de sa zone d'influence ; elle est sans cesse aux prises avec des difficultés bien plus nombreuses qu'en France. En relation constante avec le Professeur, elle prolonge et amplifie l'action médicale et sociale de celui-ci, et, en retour, elle apporte le résultat souvent indispensable de ses enquêtes.

Cette collaboration fait ainsi vivre le service au cœur même des réalités, ce qui est une nécessité première en matière de médecine infantile.

Bibliographie

- ANASTAZE (R.). — Contribution à l'étude de la cure sanatoriale en Algérie. Le Sanatorium de Rivet, *Thèse*, Alger 1938.
- ARMAND-DELILLE. — L'assistante sociale et ses moyens d'action, *Félix Alcan* 1922.
- ARMAND-DELILLE. — Le service social dans les collectivités contemporaines, buts, moyens d'action, résultats, *Delagrave* 1929.
- AUBRY (G.). — La Pathologie Nord-Africaine. *Leçon inaugurale*, *Algérie Médicale*, Mars 1929.
- BARRAL. — Le centre polyvalent d'hygiène sociale, *Thèse*, Lyon, 1933.
- BERTHERAND. — Médecine et hygiène des Arabes, Alger 1855.
- BONNENFANT. — L'assistance sociale à l'hôpital. *Rapport présenté au Congrès annuel des Unions Hospitalières*. (Revue des Hôpitaux), in « *L'infirmière française* », N° 10, Octobre. 1934.
- BRAULT. — Pathologie et hygiène des Indigènes musulmans d'Algérie, *Jourdan*, Alger 1905.
- BURE (M.). — Contribution à l'étude du rachitisme en Algérie, *Thèse*, Alger 1924.
- CABOT (R.C.). — Report on principles of hospital social service. *Nosokomeion* 4. 388-396, 1933.
- CABOT (R.C.). — Hospital as social institution. *Nosokomeion* 3. 218-221, 1932.
- CALMETTE. — Rapport sur le dispensaire « Emile Roux » de Lille, *Masson* 1913.

- CALMETTE. — Les dispensaires anti-tuberculeux. *Maud*, Paris 1901.
- CAUCHOIS (Mlle). — Douze ans de service social à l'hôpital Trousseau, *Thèse* Paris 1936.
- CHASSEVANT. — Organisation de la défense sociale contre la tuberculose. *Journal de Médecine et de Chirurgie de l'Afrique du Nord*, N° 3 Mars 1926.
- CHEF (Mlle). — Le service social à l'hôpital, en Algérie, dans la lutte anti-syphilitique, à la clinique de dermatosyphiligraphie d'Alger, *Thèse*, Alger 1936.
- CHODZKO (W.). — Le service social des hôpitaux. *Bull. Office internation. d'Hyg. publ.*, 24, 984-999, Juin 1932.
- CHOUSSAT. — La lutte anti-syphilitique à la Maternité d'Alger, *Thèse* 1934.
- COLOMBANI. — Organisation de l'assistance sociale au Maroc. *Conférence faite aux journées médicales coloniales de Paris*, 1931.
- CORDELIÉ (S.). — Service social féminin. *Plon*, 1938.
- COSTE (P.). — St-Vincent de Paul et les Dames de la Charité. *Blond et Gay*, Paris.
- GROS-MAYREVIEILLE (G.). — L'évolution de l'assistance hospitalière. *Revue philanthrop.* 49, 7-13, 15 Janvier 1928.
- CROUZON. — Leçon inaugurale de la chaire d'assistance médico-sociale de la Faculté de Médecine de Paris. 1937.
- DEBRE (R.). — La protection contre les maladies infectieuses dans les collectivités de nourrissons. XXII^e Congrès d'Hygiène, 21-23 octobre 1935, in *Presse méd.* 20 Novembre 1935.
- DELAGRANGE (Mlle). — La femme et le service social. *Rev. des Etablissements et des Œuvres de bienfaisance*, Novembre 1935.
- DELORE (P.). — Santé publique et service social. Esquisse d'un plan pour une renaissance française. *Vie Médicale* 16. 751, 10 Septembre 1935 et 809, 15 Sept. 1935.

- DEROY (H.). — Les Œuvres du Moulin-Vert. Paris 1927.
- DESTANDAU (Mme) et BARRAL. — Le service social à l'hôpital dans la lutte contre le péril vénérien. *Rev. franç. de puériculture* 4, 25-41. 1936.
- DEYME. — La mère et l'enfant dans les colonies françaises et pays de protectorat, *Thèse*, Alger 1935.
- DUPLENNE. — La tuberculose chez les indigènes musulmans, *Thèse*, Paris 1927.
- EL ADHI. — Infection tuberculeuse chez les indigènes musulmans d'Algérie, *Thèse*, Alger 1929.
- EL KAMEL. — Protection de l'enfance musulmane en Algérie, *Thèse*, Alger 1928.
- ESKENAZY. — Vanves, l'Hygiène en action, *Thèse*, Paris 1929.
- FABIANI (G.). — Le problème des endocardites et la pathologie cardiaque chez l'indigène algérien, *Algérie médicale*, 1932.
- FONTENAY (de). — Le service social à l'hôpital. *Rev. médico-sociale* N° 5, Mai 1936.
- FORGEOT (Mlle). — La tuberculose pulmonaire chez les nourrissons arabes et kabyles à Alger, *Thèse*, Alger 1930.
- FOSSEYEUX. — Les développements du service social à l'hôpital. *Paris Médical* supplément 2. 436-440. 20 Novembre 1936.
- GARDNER (Miss). — L'infirmière visiteuse (Trad. franç.) *Presses Universitaires de France*, 1926.
- GAUTHIER (H.). — Histoire de la syphilis en Afrique du Nord et particulièrement en Algérie. *Thèse*, Alger 1931.
- GERARD. — Le service social à l'hôpital. La situation actuelle de cette œuvre à Bordeaux. *Thèse*, Bordeaux 1935-1936.
- GETTING (Mme G.). — L'organisation du service social des Hôpitaux en France. *Nosokomeion* 4. 114-119. 1933.

GETTING (Mme G.) et RIST (E.). — Principes et organisation du service social à l'hôpital. *L'hygiène sociale* N° 98. 10 Mai 1933.

GILLOT. — Considérations sur la pathologie des Arabes en Algérie. *Lyon Médical*, 1902, N° 44.

GILLOT. — La tuberculose en Algérie. *C.R. au Congrès International de la tuberculose*, Paris 1905.

GILLOT et MACHUEL. — La syphilis infantile en Algérie. *Rapport au IV^e Congrès des Soc. méd. de l'Afrique du Nord*. Tunis, Mars 1934.

GILLOT et SARROUY. — « La tuberculose chez les enfants indigènes en Algérie. Rapport présenté au III^e Congrès de la Fédération des Sociétés médicales de l'Afrique du Nord. Alger, Avril 1933.

GILLOT et SARROUY. — « La prophylaxie du paludisme chez l'enfant en Algérie ». *Rapport présenté à l'Association Internationale de Pédiatrie préventive, IV^e conférence*. Lyon, Septembre 1934.

GUINON. — Le service social dans les hôpitaux. *Revue de phtisiol.* Novembre, Décembre 1922.

HAZEMAN. — Le service social municipal et ses relations avec les œuvres privées. *Edition du Mouvement sanitaire*. Paris.

HAZEMAN et LECONTE. — Le travail social des dispensaires. *Masson*, Paris 1934.

HEUYER. — Mesures de protection en faveur de l'enfance danger moral. *Paris Médical* 2. 427-430, 17 Nov. 1928.

JEANNENEY (G.). — Le service social des Hôpitaux. *Rev. philanthropique* 49, 757-764, 15 Novembre 1929.

JOANNON (P.). — Le rôle des infirmières dites polyvalentes dans la défense de la santé publique. *Rev. méd. franç.* 599, 1930.

KREBS-JAPY (Mme). — Le service social à l'hôpital. *Thèse*, Paris 1923.

LEMAIRE. — Le service social de l'hôpital de Mustapha. *Rev. d'Hyg. et de Méd. sociales*. Janvier 1938.

LEMAIRE. — Compte-rendu moral (Exercices 1935 et 1937) de l'office algérien de médecine préventive et d'hygiène.

LEMAIRE. — Projet de l'école de l'Office algérien de médecine préventive et d'hygiène.

LEMAIRE. — La tuberculose à Alger. *Rev. d'hyg. et de méd. préventive*, N° 3, Mars 1931.

LEREBOULLET (P.). — Le service social à l'hôpital. Résultats de l'année 1928. *La Vie médicale* N° 6, 10 Avril 1923, p. 581.

LEREBOULLET (P.). — Le service social dans les hôpitaux d'enfants. *L'Hygiène sociale* N° 98, 10 Mai 1933.

LEREBOULLET (P.) et BOHN (A.). — L'organisation des collectivités de nourrissons et leur protection contre le péril infectieux. (XXII^e Congrès d'hygiène 1935.) *Nourrissons* 24. 69-83. Mars 1936, *Strasbourg Médical*, 15 Septembre 1936.

LOMBARD (P.). — « Le traitement des tuberculoses ostéo-articulaires et ganglionnaires en Afrique du Nord » *Rapport présenté au III^e Congrès de la Fédération des Sociétés médicales de l'Afrique du Nord*. Alger, Avril 1933.

LOUSTE. — Le service social à l'hôpital. *Hygiène sociale* N° 98., 10 Mai 1933.

MAC MULLEN. — Le service social dans les Hôpitaux. Rôle de l'hôpital dans l'hygiène sociale. *Office International d'hyg. publ.* T. XXV, fasc. IV, 646-650, Avril 1933.

MANTOUT. — Mortalité infantile en Algérie. *Thèse*, Alger 1914.

MARFAN. — Quelques remarques sur la protection des enfants du premier âge. *Le Nourrisson*, Juillet 1920.

MARFAN. — Les débuts du service social en France. *Rev. méd.-soc. et de protection de l'enfance*. C^e année, N° 5, 1938.

- MONTALDO. — Mortalité infantile en Algérie. Polymortalité et hérédo-syphilis chez l'enfant indigène algérien. *Thèse*, Alger 1933.
- MOURIQUAND. — Education technique des mères dans la lutte contre la mortalité infantile. *Rev. méd.-soc. de l'enfance*, N° 4. Juillet-Août 1933.
- NAGEOTTE-WILBOUCHEWITCH (Mme). — Le service social à l'hôpital. *Société de pédiatrie de Paris*. Novembre 1913.
- NOBECOURT. — La clinique médicale des enfants. Ecole médico-sociale, *Presse médicale*, 7 Décembre 1921.
- NOBECOURT et SCHREIBER. — Hygiène sociale de l'enfance. *Masson*, 1921.
- NOGUE. — Formes cliniques de la tuberculose aiguë chez l'indigène algérien. *Thèse*, Alger 1932.
- OFFICE ALGERIEN DE MEDECINE PREVENTIVE ET D'HYGIENE. — Memento des divers modes de secours de la Ville d'Alger.
- OFFICE ALGERIEN DE MEDECINE PREVENTIVE ET D'HYGIENE. — C.R. de la X^e Assemblée générale (19 Février 1938).
- PARIZOT (J.). — La collaboration, base de l'action sociale. *Rev. d'Hyg. et de Méd. sociale*. II, 97-103, Avril 1932 et 161-181, Juin 1932.
- PARIZOT (J.) et Ganguery (M.). — La protection de la famille par la politique des salaires, l'assistance et les assurances sociales. *Rev. d'Hyg. et de Méd. soc.*, 144. Mai 1932, 193, Juillet 1932.
- PARIZOT (J.) et SOLEUR (H.). — L'infection tuberculeuse chez l'adulte et dans l'enfance suivant les conditions sociales de l'existence. Rôle du taudis et du surpeuplement. *Communication faite au Centenaire de Villemin*. Journée de la tuberculose, Paris, 16 octobre 1927.
- PARIZOT (J.) et SOLEUR (H.). — Histoire d'un quartier insalubre de Nancy. Le quartier de St-Sébastien. Etude médico-sociale. *Rev. d'Hyg. et de Méd. soc.* Décembre 1934, Janvier 1935, Février 1935.

FORCHER (J.). — Contribution à l'étude du crânio-tabès.
Thèse, Alger 1920.

RAYNAUD (L.), SOULIE (H.), PICARD (P.). — Hygiène
et pathologie nord-africaines. Assistance médicale. To-
mes I et II. *Masson*, Paris 1932.

RICHMOND (Mlle M.). — Méthodes nouvelles d'assistance,
Le service social des cas individuels. (Trad. par Mme
de CHARY et SAND). *Alcan*, Paris 1926.

ROUSSET (P.A.). — Le service social en milieu indigène
d'Algérie. L'Œuvre de la Société de secours aux bles-
sés militaires d'Alger, *Thèse*, Alger 1935.

SAND (R.). — Le service social à travers le monde. *Armand
Collin*, Paris 1931.

SCHWARTZ. — Contribution à l'étude statistique des mala-
dies de la première enfance. *Thèse*, Paris 1921.

TREMSAL. — Un siècle de médecine coloniale française.
Thèse, Alger 1928.

VIOLLET (J.). — Petit guide du travailleur social. (édité par
les Œuvres du Moulin-Vert, Paris).

Vu :
Le Président de thèse
V. GILLOT

Vu :
POUR LE DOYEN ET PAR ORDRE,
L'Assesseur :
H. COSTANTINI

Vu et permis d'imprimer,
Alger, le 11 juin 1939
Le Recteur :
Pierre MARTINO

Table des Matières

	PAGES
AVANT-PROPOS	17
PLAN	21
PREMIÈRE PARTIE	
CHAPITRE I. — LE SERVICE SOCIAL	23
Définitions et buts	25
Son esprit	28
Son personnel	30
CHAPITRE II. — LE SERVICE SOCIAL A L'HOPITAL EN FRANCE	35
1° A Paris.	
Historique	37
Organisation	39
Buts et principes	40
Technique de travail	42
Résultats	45
2° En Province	51
DEUXIÈME PARTIE	
CHAPITRE I. — LE SERVICE SOCIAL A L'HOPITAL A ALGER	53
Historique	55
Organisation	56
Tableau de l'activité durant l'année 1938	58
Ecole du service social	59
CHAPITRE II. — LE SERVICE SOCIAL DE LA CLINI- QUE MEDICALE ET D'HYGIENE INFANTI- LE DE LA FACULTE	61
Généralités	63
Composition du service	66
LE CADRE SOCIAL	67
Les éléments de la clientèle hospitalière °	67
Les mœurs de cette clientèle	71
Les mélanges par les unions mixtes	79
Les enfants de filles-mères	85

	PAGES
Les enfants assistés	88
Les pupilles de l'Assistance publique ..	89
Les enfants en dépôt	94
Les enfants en détresse morale	97
L'Habitat	102
La situation économique	106
LE MILIEU PATHOLOGIQUE	111
La tuberculose	112
La syphilis	117
Le paludisme	119
Le rachitisme	120
Les troubles digestifs	120
Les maladies infectieuses et parasitaires ..	121
Les cardiopathies	122
Les arriérations mentales	123
Les dermatoses parasitaires	123
Les difficultés rencontrées par l'Assistante ..	124
— tenant au milieu	124
— tenant à l'insuffisance ou au défaut de coordination des moyens de secours ..	125
Autres difficultés	127
Activité-Résultats	128
Les grandes lignes de l'activité du ser- vice social	129
Rapport de l'année 1938	130
Observations médico-sociales	131
CHAPITRE III. — AMELIORATIONS A APPORTER ..	139
D'ordre médical	141
Création d'un Hôpital d'enfants	141
Lutte plus vigoureuse contre les maladies sociales	144
D'ordre social	148
Education, amélioration de l'habitat, appli- cation plus large à l'Algérie des lois so- ciales, résorption de la misère	149
CONCLUSIONS	151
BIBLIOGRAPHIE	153

